اضطرابات التواصل

مرشد الأسرة والمعلمين والأخصائيين للتدخل التدريبي والعلاجي

الدكتور
خالد محمد عبد الغني

دار العلم والإيمان
للنشر والتوزيع

١٥٧,٥٤
ع . خ

عبد الغني ، خالد محمد .
اضطرابات التواصل مرشد الأسرة والمعلمين والأخصائيين للتدخل التدريبي والعلاجي/خالد محمد عبد الغني.- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .
220 ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥سم .
تدمك : 4 - 512 – 308 – 977 – 978
١. التلعثم (علم نفس). ٢. علم النفس اللغوي.
أ - العنوان .

٢٠١٦

فهرس الموضوعات

هذا هو الكتاب الخامس الخاص بالفئات الخاصة ، والكتب الأربعة السابقة كانت سيكولوجية رسوم الأطفال العاديين والفئات الخاصة،وسيكولوجية الألوان ودلالات التفضيل اللوني لدى العاديين والفئات الخاصة والمرضى النفسيين، وضغوط واحتياجات أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، والقضايا الكبرى في التربية الخاصة. وهذا الكتاب مختلف عن تلك الكتب التي سبقته إذ وجهته للآباء والمعلمين والأخصائيين ولذلك جاءت مادته ولغته وطريقة عرضة بسيطة سهلة يسيرة أما ما سبقه من مؤلفات فقد وجهتها في المقام الأول للباحثين في علم النفس والتربية الخاصة.

وجاء هذا الكتاب وغيره نتيجة لعملي بضع سنوات في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة بإحدى دول الخليج العربي وتقديمي للعديد من الدورات التدريبية وورش العمل والندوات والمحاضرات العامة والمتخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم والعاملين معهم، وإشرافي على وحدة الأوتيزم بمركز معوقات الطفولة بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس لفترة قصيرة بلغت عدة شهور في عام ٢٠٠٧، وجهودي في الإشراف على بعض أخصائي التخاطب ومساعداتي لهم في انجاز بعض البحوث الميدانية أو الرسائل الجامعية وتدريبي لمعلمي التربية الخاصة على مستوى جمهورية مصر العربية من خلال البرنامج القومي الأول لصعوبات التعلم الذي نظمته جامعة عين شمس بالتعاون مع القوات المسلحة المصرية ووزارة التربية والتعليم خلال عام ٢٠٠٧.

وحضوري برنامج التدريب لمواجهة الاوتيزم الذي نظمته وزارة التربية والتعليم وكلية الطب جامعة القاهرة بالتعاون مع هيئة التأمين الصحي في عام ٢٠٠٢. وإعدادي لمقياس تشخيصي لحالات الاوتيزم. وأن بعض المخلصين من شباب الباحثين كانوا قد استحثوني على إخراج كتاب حول التواصل واضطراباته، وبخاصة بعد أن وجهتهم لاستكمال دراساتهم العليا أثناء تدريسي لمقرر "إعادة تأهيل الشباب للعمل في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة" بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس. وحصولي على درجة الدكتوراه في مجال رسوم العاديين والفئات الخاصة، كل ذلك كان دافعاً لكي أنجز هذا الكتاب الذي ظل قابعاً في مكتبتي لسنوات طويلة. وهو في

أصله موجه للوالدين والمعلمين والأخصائيين المتعاملين مع أصحاب مشكلات التواصل.

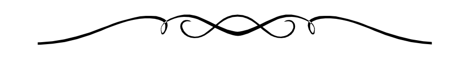
ولم يضم الكتاب الحالي كل اضطرابات التواصل، ولكنه ضم فقط فصولاً تدور حول سيكولوجية اللغة ونظريات نموها، واضطراباتها والتواصل ومشكلاته وسبل علاجه، والتلعثم تشخيصه وعلاقته بعدد من المتغيرات النفسية والديموجرافية، وأساليب علاجه ، والاوتيزم تفسيره ومحاولة فهمه وأساليب التشخيص والتقويم والتدخل التدريبي المناسب له القائم على الوالدين والمعلم والاخصائي.

وقبل أنهي هذا التقديم يجب أن أشكر صديقي وزميل مرحلة التكوين العلمي في آداب عين شمس عام ١٩٩٤ الدكتور محمد منير سليمان فقد أهداني رسالته لدرجة الماجستير في التخاطب والتي استفدت منها كثيراً عند المراجعة النهائية للكتاب قبل الدفع به للمطبعة. ولا أنسى تقديم الشكر لكل الذين استفدت من مؤلفاتهم وبخاصة أولئك الذين سقطت أسماؤهم من قائمة المراجع في ظروف جد غريبة.

وختاماً أتمنى أن تجد عزيزي القارئ بعضاً من ضالتك في هذا العمل فإن تحقق ذلك فإنه من فضل الله عليَّ ، وإني لشاكر لفضله كل الشكر وممتن لعطائه كل الإمتنان، وإن كانت الأخرى فمني وحدي ومتحمل جزاء ذلك، ولكن عليك أن تتأكد أني بذلت الجهد ما وسعني ووثقت المعلومات قدر طاقتي فإن وجدت أخطاءً وتقصيراً فالعذر العذر ، فالكمال لله وحده ، والعصمة لا تكون إلا لنبي.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

المؤلف



الفصل الأول

سيكولوجية اللغة



اللغة ***Language*** عرفها العلماء العرب مثل ابن خلدون بأنها ملكة في اللسان للعبارة عن المعاني وهي في كل أمة بحسب اصطلاحاتهم. وعرفها الشيرازي في القاموس المحيط بأنها "أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم" . وهي نظام من الكلمات أو الرموز والقواعد تدمج سوياً كطريقة للاتصال بين مجموعة من الأفراد. وتعرف اللغة أيضا بأنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز. وتعد اللغة أكثر من كونها استخدام للكلمات، فهي مرآة تعكس شخصية المتكلم وبيئته الثقافية ويظهر هذا في الاختلافات التي يمكن أن تلاحظ على لغة العامة والمثقفين ، كما يمكن للغة أن تميز المرضى النفسيين، وتعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي ومكان الإقامة للمتكلم. كما تعرف اللغة بأنها نظام محدد مرتب من القواعد التي يفهمها ويدركها الأفراد في الكلام والاستماع والكتابة، واللغة هي صياغة المعلومات والمشاعر بشكل رموز منطوقة أو أصوات تكون على شكل مقاطع. وتعرف أيضاً بأنها طريقة في التواصل مستندة إلى قاعدة، وتتضمن الفهم واستعمال الإشارات والرموز لعرض الأفكار. وتعد اللغة عبارة عن مهارة ينمو وجودها لدى الفرد عن طريق المحاولة والخطأ ويتم تدعيمها عن طريق المكافأة.

ويعرف نيوكلاسي ***Nicolosi*** اللغة بأنها أي نظام له بنائي – هيكلي - ورمزي مقبول للاتصال بين الأشخاص، ويتألف من أصوات مرتبة فيما بينها بطريقة متناسقة لتعطي كلمات على وفق قواعد محددة لهذه الكلمات

في نظام للتعبير عن كل من الأفكار ، والميول ، والخبرات ، والشعور، ويشمل كل من الأصوات وشكل الكلمات ، والقواعد النحوية والصرفية.

ولدى بركينز ***Perkins*** فإن تعريف اللغة هو أنها تلك العمليات العقلية التي تستخدم لفهم الكلام ومعالجة ما الذي يسمع؟ وما الذي يقال؟ وكيف يقال؟. وعند دينا وإلين ***Deena &Ellen*** تعرف اللغة أيضا بأنها نظام من القواعد الذي يتحكم في الأصوات، والكلمات، والمعاني والاستخدامات.

ويعتبر الروسان (١٩٩٨) اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي وخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي . وهي نظام من الرموز المتفق عليها والتي تمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة .

أقسام اللغة من حيث طبيعتها:

- اللغة الاستقبالية ***Receptive anguage***

وهي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها .

- اللغة التعبيرية ***Expressive Languge***

هي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابة اللغة ولغة الإشارة .

أشكال اللغـة :

عادة يقسم علماء اللغة لدى الإنسان إلى الشكلين التاليين :

- اللغة غير المقطعية :

وهي تتكون من أصوات بسيطة غير مقطعية أو من حركات أو إيماءات كإيماءات الوجه أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث أو التكشيرات أو غير ذلك من اللغات قبل لغة العيون ولغة الأذان ولغة الحركة ولغة الشم ولغة الانفعالات وهذا الشكل مشترك بين الإنسان والحيوان.

- اللغة المقطعية :

هي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة أو أفراد النوع وهي ثابتة نسبياً مثل الكلام البشري.

- مكونات اللغة:

اتفق العلماء على أن مكونات اللغة الرئيسية هي:

١- الفونولوجيا *Phonology*

وهي نظام أصوات اللغة وتعني القدرة على إدراك وإنتاج الأصوات والفونيم هي أصوات الكلام الفردي وهي عادة غير ذات معنى وتوجد منها أصوات مجهورة وأصوات مهموسة ، أما المورفولوجي فهي الوحدة الأساسي

الثانيةمن اللغة وهي أصغر عنصر في اللغة يحتوي على معنى وقد تكون هذه الوحدات كلمات أو أجزاء من كلمات.

٢- التركيب المعنوي *Symantic*

وهي فهم المعاني والعلاقات البينية بين الكلمات وتستخدم في المعاجم والقواميس وتعريف الكلمات.

٣- التركيب السياقي *Syntax*

وتعني القواعد الخاصة لربط الكلمات لتكوين جملة وعبارات.

٤- البلاغة *Pragmatic*

وتعرف بأنها القواعد التي تحكم استخدام اللغة بواسطة الفرد في ظل سياق محدد.

- بناء اللغة:

اللغة ليست مجرد أصوات تصدر عن جهاز النطق ولكن لها بنية خاصة تتكون من عدة أجزاء هي:

١- الفونيمات *Phonems*:

وتعرف بأنها الأصوات الأولي وتشكل الأساس اللغوي وهي أصوات لا معنى لها ولكنها حين تتجمع في سياق تعطي معنى .

٢- المقاطع *Morphemes*:

تمثل الفونيمات أصغر وحدات اللغة أو المقاطع التي تحمل المعنى فهي تعد البناءات الأولي ذات المعنى التي تتشكل منها المفردات اللغوية.

٣- المفرادات *Vocabulary*:

المفردات تشير إلى الارتباطات بين الأصوات والمفاهيم والأفكار فالأصوات ترمز إلى المفاهيم التي يتم اشتقاق معانيها عن طريق الربط بين تتابع الأصوات والمفهوم. فمثلاً كلمة "باب" لا تعبر عن خصائص الباب وإنما هي تعبير اصطلاحي متفق عليه للباب.

٤- العبارات والجمل *Phrases and Sentences*:

تتألف كل عبارة من عدد من المفردات مثل "ذهب خالد إلى المدرسة" أما الجملة فهي مجموعة من العبارات القصيرة التي ترتبط معاً بقواعد معينة تفرضها طبيعة اللغة.

٥- قواعد اللغة *Rules of Language*:

وهي مجموعة القواعد التي تصف الكيفية التي من خلالها تترابط المفردات معاً لتكون جمل وعبارات ذات معنى وهي تساعد على فهم العلاقات بين مكونات الجملة مثل العلاقات المكانية مثل "يجلس خالد بجوار الباب" أو العلاقات الزمانية مثل "حضر خالد في الصباح الباكر" أو علاقات التفاعل مثل " خالد يتكلم مع ولده عمر" ، أو بيان خصائص الأشياء مثل "البيت الجديد كبير في مساحته".

٥- ٦- فهم اللغة *Language Cmperhension* :

إن عملية فهم اللغة تتضمن اشتقاق المعاني والدلالات والأصوات المنطوقة وهي تتم من خلال عمليتين هما :

- عملية الصياغة وترتبط بالعمليات المعرفية التي يستخدمها المستمع في تفسير الجمل والعبارات التي يصوغها المتكلم وتتضمن مثل هذه العمليات تحديد البناء السطحي للعبارات والجمل ثم تفسير هذه العبارات عن طريق التمثيل الضمني لها وفك الشفرة واستحضار الخبرات السابقة لاستخلاص المعاني والدلالات.
- عملية التوظيف وتشمل العمليات العقلية المتضمنة بعملية توظيف التفسير أو المعنى المرتبط بالعبارة أو الجملة وقد يأخذ شكل تسجيل هذه المعلومات والاحتفاظ بها أو الإجابة عن الأسئلة وتقديم معلومات أو صفات معينة.
- وظائف اللغة :

يمكن القول بأن وظائف اللغة تتوزع في مجالات وأبواب مختلفة، فهي تساهم بشكل نشيط في عمليّات التفاهم والإبلاغ والتّواصُل بين البشر، ولها دور أساسي في صناعة الحضارة الإنسانية وإطلاق عجلات التقدم والارتقاء بها إلى حالات أفضل ولا يمكن لبني البشر أن يتفاعلوا ويمارسوا حياتهم الاعتيادية إلا باستخدام اللغة فحاجة البشر إلى اللغة كحاجتهم إلى ضروريات الحياة الأخرى. واللغة كالكائن الحيّ ، فهي تنمو وتترعرع، تشب وتشيخ وتموت إذا لم تتوفر لها عوامل الديمومة والاستمرار، وهي تستمد كل هذا من مجالات الحياة المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والعلمية، وإِنَّ تطورها واضمحلالها مرتبط بتطور وتدهور المجتمع حضاريًا وإنتاجيا.

ويمكن حصر أهم الوظائف الاجتماعية البنيوية للغة بما يلي:

١. وظيفة دعم عملية التفكير:

تساهم اللغة بقسط كبير في دعم عملية التفكير والتأملات والمراجعات الفكرية لدى كل فرد من أفراد المجتمع بالإضافة إلى دورها في المساهمة بتقديم الحلول لمختلف المشاكل التي يواجهها الناس في حياتهم اليومية، أي أنَّ اللغة ضرورية للإنسان ليتمكن من صياغة أفكاره وبلورتها، فبواسطتها يقوى على صياغة ما يريد قوله ويعبر من خلالها عما يدور في أعماقه وبها يسجل أفكاره وتأملاته، وللغة دور هام في عملية تحليل الأفكار وردها إلى العناصر الأساسية التي تتكون منها وربطها بالمعطيات المكملة للموضوع المثار، بالإضافة إلى قيامها بزيادة المخزون الفكري للإنسان، ولها دور فعّال في عملية تحديد وإعادة ترتيب الأفكار لكل فرد، ولولا وجود اللغات لما استطاع الإنسان من تحليل أفكاره أو الإفصاح عنها.

٢. وظيفة تعبيرية:

يتمكن الإنسان من خلال استخدامه للغة التي يتعامل بها من التعبير عن أفكاره وأحاسيسه ومشاعره وما يختلج في نفسه، فهي باختصار تستخدم للتعبير عن حاجات الفرد والمجتمع المختلفة، ومن خلال اللغة يقوم المتكلم أو المُرْسِل بالتعبير عما يريده من خلال الأصوات والإشارات والحركات الإيمائية التي تسمح بها اللغة المستخدمة، أي استخدام أسلوب التّعبير المباشر لطرح الحقيقة أو التعبير عنها بشكل مجازي، وهو يعبر بذات الوقت عن شخصيَّته من خلال الحيوِيَّة التي يستخدم فيها المفردات اللغويَّة ، فمراكز الفهم والتعبير اللغوي واضحة وثابتة في الدماغ البشري، وما يصيبها من أضرار يؤدي إلى ذات الأعراض والعلامات في أية لغة كانت، فمركز فيرنكا في الفص الصدغي الذي يفهم اللغة ويحل رموزها مرتبط بامتدادات عصبية مع مركز (منطقة) بروكا في الفص الأمامي، وأي خلل في المنطقتين وارتباطاتهما يؤدي إلى اضطراب في التعبير اللغوي.

٣. وظيفة وصفية أو استعراضية :

تستخدم اللغة لوصف مختلف المواد والحالات والإجراءات التي تحيط بنا بالإضافة إلى وصف ما يجري من أحداث وتطورات في الطبيعة والمجتمع، أي وصف النشاطات الاجتماعية المختلفة التي يقوم بها أفراد

المجتمع بالإضافة إلى وصف الظواهر الطبيعية والحالات التي ترافق العمليات الإنتاجيَّة التي يقوم بها الأفراد.

٤. وظيفة تأثيرية أو إقناعيّة:

عند استخدام الكلمات الهادفة والمؤثرة والمدروسة، كذلك عند استخدام أساليب وأدوات لغوية معينة، كأسلوب الأمر أو النداء وغيرها من الأساليب اللغوية المتعارف عليها، ويمكن من خلال ذلك التأثير على تصرفات الآخرين - المستمع أو المُرْسَل إليه - ، وعلى طريقة اختيارهم للأفكار أو المواقف المطلوب التوصل إليها ، أي إلى القيام بعملية إقناعية لحث المتلقي على الإقبال على سلعة معينة أو العدول عن نمط سلوكي غير مرغوب فيه.

٥. وظيفة تقويميَّة:

تستخدم اللغة لتقويم أفكار وتصرفات كل شخص بالإضافة إلى تقويم أفكار وتصرفات الآخرين ناهيك عن تقويم المشاريع المختلفة في المجالات العلمية والثقافية والاجتماعية والسياسية وغيرها وكذلك المواقف المتخذه هنا وهناك. أي أنها تقوم بوظيفة إصدار الأحكام والمقارنة والاستدلال أو بلورتها.

٦. وظيفة إجرائية:

يمكن عن طريق اختيار الصياغات اللغوية الملائمة تقديم توجيهات إدارية محددة يتم بالاعتماد عليها التأثير على تصرفات وإجراءات الأشخاص المعنيين كإصدار التوجيهات العسكرية أو الإدارية أو الحزبية أو التربوية وما شابه ذلك.

٧. وظيفة تواصلية:

تؤدي اللغة وظيفة نقل المعلومات وتبادل المعرفة والمشاعر والأخبار وإرساء دعائم التفاهم والحياة المشتركة بين البشر وتخدم التواصل اليومي بين أفراد المجتمع، وتبدأ هذه الوظيفة عند القيام بتبليغ رسالة من الشخص المتكلم/ المُرْسِل إلى السامع أو المتلقي/ المُرْسَل إليه، وتفترض عملية التواصل هذه أن تكون اللغة ناقلة للأفكار والمشاعر بشكل قابل للإدراك والفهم من كلا الطرفين، وهذا يتم في حالة تواجد لسان مشترك بين المرسل والمرسل إليه. وهي بذلك تحدد حجم مشاركة الفرد كما تحدد مقدار نجاحه في الحياة العملية

والاجتماعية. وعند محاولة البعض التعرف على تاريخ أو حضارات المجتمعات الأخرى فلابد من التعرف على لغاتهم، فهي المفتاح للوصول إلى فهم الشعوب الأخرى والتواصل معها والاستفادة من تجاربها.

٨. وظيفة تفاهمية:

تخدم اللغة عملية التفاهم والتحاور والنقاش وتبادل الآراء وتقريب وجهات النظر بين البشر، وهي بحق أكبر واسطة للتفاهم بين البشر على مرّ العصور.

٩. وظيفة نقل التراث:

تلعب اللغة دور ناقل للتراث الإنساني بشكل عام ومن جيل إلى آخر، وهي الأداة التي سَجَّلَت منذ أبعد العصور أفكارنا وأحاسيسنا ونشاطاتنا، فبها يتم تدوين كال تراث البشرية، وهي بهذا حلقة الوصل المتينة التي تربط الماضي بالحاضر والمستقبل.

١٠. وظيفة إنمائية:

كلما نمت لغة الفرد تنمو وتزداد معارفه وتتطور مفاهيمه وتتسع مداركه وآفاقه الذهنية، ومن خلال ذلك يستطيع هو بدوره من المساهمة في عملية إنماء وتطوير اللغة ذاتها وإغنائها في مختلف أبوابها، فهذه العلاقة الجدلية الطردية تبقى ملازمة لكل فرد من أفراد المجتمع وتعكس بذات الوقت مستويات نموّه الفكري وقدراته اللغويَّة.

١١. وظيفة تنفيسية:

اللغة عامل تنفيس وتخفيف من حدة الضغوطات والإنفعالات والخلجات النفسية الداخلية المختلفة التي يعاني منها البشر، وغالباً ما يحس الإنسان بالإرتياح النفسي والهدوء حين يخفف عن هذه الضغوط بالتعبير عنها بكلمات يطلقها لتعكس ما يدور في داخله من أفكار وأسرار ووجهات نظر وذلك في مواقف معينة مثل الانفعال والإمتعاض والإنزعاج والتأثر ... الخ.

١٢. وظيفة شِعريّة:

وهي ما تعكسه اللغة من خلال النصوص الشعرية والأدبية التي تتم صياغتها بالإعتماد على المفردات اللغوية التي يجري إختيارها، والتي تخلق جمالية معينة تبعث المتعة والإرتياح في نفس المتلقي، وغالباً ما يكون للشكل الأدبي أثراً على المستمع أكثر فاعليَّة من المضمون.

١٣. وظيفة مرجعيّة:

حيث يتم تثبيت مراجع ومصادر المعلومات المنقولَة، التي يتم تضمينها أو الإشارة اليها في النصوص اللغوية المستخدمة.

١٤. وظيفة الكشف والإظهار:

تقوم اللغة بوظيفة الكشف والإظهار، فمن خلال الذخيرة اللغوية التي يستخدمها هذا الشخص أو ذاك، إنما يكشف من خلالها مستوى وعيه وتطوره وإدراكه للإمور وكيفية التعامل معها.

١٥. وظيفة الإخفاء والإضمار:

تحمل اللغة في ذاتها وسائل للإخفاء والإضمار، حيث يتخذ كل فرد الحيطة والحذر في كلامه، فيضمر كل ما يمكن أن يحاسب عليه، وتعود ضرورة الإخفاء في اللغة إلى وجود محرمات أخلاقية وسياسية وغيرها من جهة وإلى سعي المتكلم إلى تجنب النقد والاعتراض الذي قد يوجه إليه من قبل الآخرين. وهكذا فاللغة ليست مجرد شرط لحياة اجتماعية أو أداة لنقل أخبار واضحة وجلية، بل إنها نمط لحياة إجتماعية ومعايشات يومية، فهي حاملة للأنظمة السياسية والدينية والأخلاقية ولطقوسها التحريمية. إن اللغة والحالة هذه هي بمثابة قواعد لعب يومي، ليس بالمعنى المبتذل لكلمة لعب، بل بمعناه الأوسع كإستراتيجية تعتمد على الحساب والتقدير المسبق للنتائج.

١٦. وظيفة سلطوية:

تقوم اللغة بوظيفة سلطوية، وتتجلى سلطتها إما على مستوى الشكل أو على مستوى المضمون. فعلى مستوى الشكل لا يمكن للفرد أن يمارس اللغة دون أن يخضع لضوابطها وقواعدها النحوية والتركيبية، أما على مستوى المضمون فإن تعلم الفرد اللغة يعني استبطانه لمختلف القيم والمضامين الفكرية التي تختزنها اللغة بحيث تصبح جزءً من شخصية الفرد وتمارس عليه سلطة سواء على مستوى القول أوالفعل.

١٧. وظيفة معرفية:

اللغة جهاز للمعرفة، وبواسطتها يتم إقتناء المعارف وبالإعتماد عليها يتم خزن هذه المعارف.

١٨. وظيفة نفعية (وسيلية):

وهذه الوظيفة هي التي يطلق عليها وظيفة "أنا أريد". فاللغة تسمح لمستخدميها منذ طفولتهم المبكرة أن يُشبعوا حاجاتهم وأن يعبروا عن رغباتهم.

١٩. وظيفة تنظيمية:

وتعرف باسم وظيفة "افعل كذا، ولا تفعل كذا" . فمن خلال اللغة يستطيع الفرد أن يتحكم في سلوك الآخرين، لتنفيذ المطالب والنهي، وبهذا الدور تقوم أيضاً اللافتات التي نقرؤها، وما تحمل بين مفرداتها من توجيهات وإرشادات.

٢٠. وظيفة تفاعلية:

وهي وظيفة "أنا وأنت" . حيث تستخدم اللغة للتفاعل مع الآخرين في العالم الاجتماعي باعتبار أنَّ الإنسان كائن اجتماعي لا يستطِع الفكاك من أسر جماعته فنستخدم اللغة في المناسبات، والاحترام والتأدب مع الآخرين.

٢١. وظيفة شخصية:

من خلال اللغة يستطيع الفرد أن يعبر عن رؤياه الفريدة، ومشاعره واتجاهاته نحو موضوعات كثيرة، وبالتالي يثبت هويته وكيانه الشخصي ويقدم أفكاره للآخرين. فهي المرآة التي تعكس شخصية الفرد وتفصح عن مستواه العقلي وعن مكانته الإجتماعية، وتنعكس من خلالها صفات وخصائص كل فرد وتتكشف عن طريق إستخدامها نقاط ضعفه وقوته.

٢٢. وظيفة استكشافية:

وهي التي تسمى الوظيفة الاستفهامية" . بمعنى أنه يسأل عن الأشياء التي لا يعرفها في البيئة المحيطة به حتى يستكمل النقص عن هذه البيئة.

٢٣. وظيفة تخيلية:

تتمثل فيما ينسجه من أشعار في قوالب لغوية، كما يستخدمها الإنسان للترويح، ولشحذ الهمة والتغلب على صعوبة العمل، وإضفاء روح الجماعة، كما هوالحال في الأغاني والأهازيج الشعبية.

٢٤- وظيفة إخبارية (إعلامية):

عن طريق اللغة يستطيع الفرد أن ينقل معلومات جديدة ومتنوعة إلى أقرانه بل ينقل المعلومات والخبرات إلى الأجيال المتعاقبة، وإلى أجزاء متفرقة من الكرة الأرضية خصوصًا بعد الثورة التكنولوجية الهائلة.

٢٥- وظيفة رمزية:

يرى بعض العلماء أنَّ ألفاظ اللغة تمثل رموزًا تشير إلى الموجودات في العالم الخارجي، وبالتالي فان اللغة تستخدم كوظيفة رمزية. فما المسمّيات التي نطلقها على الموجودات التي تحيط بنا إلا رموزاً تشير الى تلك الأشياء المرموزة وهذه الرموز يجري الإتفاق عليها ضمن المجموعة البشرية التي تستخدم لغة مشتركة للوصول إلى فهمها.

نظريات اكتساب اللغة:

لقد صاغ علماء النفس مجموعة من الفروض أو النظريات التي تضع في اعتبارها عناصر خاصة للنمو اللغوي تتراوح بين الأسباب البيولوجية والنظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال في البيئة التي يعيشون فيها، وعلى الرغم من أن كل نظرية تؤكد على بعد معين في نمو الطفل واكتسابه اللغة إلا أن غالبية المنظرين يعتقدون أن الأطفال لديهم استعداد وتهيؤ بيولوجي لاكتساب اللغة ولكن طبيعة الخبرات التي يتعرضون لها مع اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تلعب دوراً في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية.

وفيما يلي عرض لأبرز تلك النظريات :

أولاً: النظرية السلوكية ***Behaviroristic theory***

تفترض النظرية السلوكية عامة أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس، فالسلوكيون لا ينكرون وجود العمليات العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة لملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية ويرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه ومن ثم فالسلوكيون يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي. فهذا" واطسون وسكنر وكلين" و"بوهاثون" يعتقدون أن اللغة متعلمة، فهم لا يرون أن اللغة شيء فريد مميز بين السلوكيات الإنسانية ويرى واطسون" أن اللغة في مراحلها المبكرة أنه نموذج بسيط من السلوك إنها عادة. ويرى السلوكيون أن اللغة هي شيء يفعله الطفل وليس شيء يملكه

الطفــل. ويــرون أن اللغــة متعلمــة وفقــاً لــنفس المبــادئ المســتخدمة في تدريب الحيوانات ومثل سلوكيات الحيوانات المتعلمة هذه، فإن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز . ومن أبرز أوجه الاختلاف مع السلوكية أن الطفل يكون سلبياً خلال عملية تعلم اللغة، فالطفل يبدأ الحياة بجعبة لغوية خاوية ثم يصبح الطفل مستخدماً للغة حينما تمتلئ الجعبة بالخبرات التي توفرها النماذج اللغوية في بيئته.

كما يرى سكنر أنه ليس فقط المفردات اللغوية التي يتم تعلمها وفقاً لإجراءات التشكيل المتسلسل وإنما أيضاً الجمل والعبارات والمعاني والبناء والقواعد النحوية والتوليدية فالطفل على سبيل المثال يستمع إلى الأصوات اللغويــة فــي بيئتــه ويبــدأ بتقليــدها ويتكــرر إطــلاق المفــردات اللغويــة وفقــاً لإجراءات الثواب والعقاب. فالأفراد يتعلمون الضمائر وصيغ الجمل والتأني من خلال المحاولة والخطأ حيث يقومون بتحليل التراكيب اللغوية نفقاً لمبدأ التغذية الرجعية التي تلقونها من الآخرين، ويتم بناء الجمل وفقاً لمبدأ التشكيل المتسلسل.

ثانياً: المدرسة المعرفية ***Cognitive theory***

إن الطفل يتعلم التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعها، ثم وضع هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطؤها تعديلاً يؤدي إلــى تقريبهــا تــدريجياً مــن تراكيــب الكبــار إلــى أن تصــبح تراكيبــه مطابقــة لتراكيبهم، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعها ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار فمثلاً: الطفل العربي يستخلص قاعدة التأنيث في العربية من نماذج مثل: كبر كبيرة، طويل - طويلة .. الخ فيطبقها على أحمر فيقول أحمره، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وينشيء أخرى. وما قيل عن قواعد تركيب الكلمة ينطبق على قواعد تركيب الجملة، ورغم أن الطفل لا يعرف المصطلحات "صفة" و"فعل" و "أداة نفي" و"واو الجماعة" ...الخ . فإنه يستطيع تمييز الاسم من الفعل ومن الصفة، والفرد من الجمع. ويستطيع تجريد السوابق واللواحق في الكلمة، واستخلاص القواعد الصرفية والقواعد النحوية ولذلك فهو يستعمل أداة التعريف مع الأسماء والصفات ولكنه لا

يستعملها مع الأفعال ويستعمل" نون الوقاية " مع الأفعال فيقول **:** ضربي اعطاني ولكنه لا يستعملها مع الأسماء فلا يقول: قلمتي وإنما قلمي.

ثالثاً : نظرية اللغويات ـ النفسية:

استخدم مصطلح علم النفس اللغوي **(*Psycholinguistic*)** لأول مرة منذ الخمسينيات، وهو يتناول المناهج اللغوية لوصف المخرجات **(*Output*)** بالنسبة لمستخدمي اللغة، وعلى وجه الخصوص تحليل الوحدات اللغوية**.** ويدلنا هذا المصطلح على نقلة نوعية وتغيير في اتجاهات علماء النفس نحو السلوك اللغوي **.**ويطلق على هذه النظرية اسم **(*Holo Dynamic Model*)** وباختصار **(*H. D .*M)** وهي قائمة على فكرةٍ مفادها أن تعلّم اللغة الثانية يتحقّق من تفاعل عناصر ذات طبيعةٍ سيكولوجيةٍ ومعرفيةٍ، والتي تكون تحت سيطرة الصفات الشخصية للمتعلّم **.**

وشخصية المتعلّم يجب أن تكون عنصراً أساسياً في تعلّم أيّ لغة، كما يجب أن تكون عنصراً رئيسياً من عناصر أي نظريةٍ من نظريات تعلّم اللغة الثانية**.**

والمقصود بالشخصية نظام العلاقات المفتوحة الذي يربط ما في داخل الفرد مع المحيط الخارج ، فالشخصية"هي تفاعل الأنا**(*Ego*)** مع العالم ***World*** إن الجمع بين الشخصية والبيئة يشكل نظاماً مفتوحاً . ويتألف هذا الأنموذج من ثلاثة مستويات مرتبة على شكلٍ هرميٍّ **:** الأعلى ويطلق عليه **:(*Tactic Level*)** وهو السطح الأول في البناء اللغوي **.**والمستوى الثاني ويطلق عليه**(*Strategic*)** وفي هذا المستوى يبدأ الفرد باستنتاج القوانين، ويختار ما يناسبه من الأحداث اللغوية **.** إن كل ما يقوم به المتعلّم هو أمر عقلي ومعرفي بطبيعته **.** أما المستوى الأخير فيطلق عليه ***Ego-dynamic*** وهذا المستوى يتكون من المتغيّرات الشخصية، كالخبرة، والاتجاهات والحالات الانفعالية، وأسلوب التعلم، والوعي العقلي **.** وهذه المظاهر جميعها تنسق وتضبط المستويين الأوّل والثاني، وأكثر من ذلك فهي تربطهما بالعالم الخارجي**.**

رابعاً: نظرية تشومسكي ***Chomsky*** :

تعد نظرية تشومسكي ***Chomsky*** وهي ما تعرف بنظرية النحو التوليدي من أكثر النظريات شيوعاً في علم اللغة وقد اهتم بالكيفية التي يكتسب الطفل من خلالها اللغة. ويفترض تشومسكي أنَّ كل طفل يمتلك قدرة

لغويَّة فطريَّة تمكنه من اكتساب اللغة، لذلك فسَّر اكتساب اللغة على أساس وجود نماذج أوليَّة للصياغة اللغويَّة لدى الأطفال، أي إن الأطفال في رأيه يولدون ولديهم نماذج للتَّركيب اللغوي تمكنهم من تحديد قواعد التركيب اللغوي في أي لغة من اللغات حيث إن هناك عموميَّات في التَّراكيب اللغويَّة تشترك فيها جميع اللغات كتركيب الجمل من الأسماء، والأفعال، والصفات، والحروف.

كما يؤكد تشومسكي أنَّ هذه العموميَّات هي التي تتشكَّل منها النماذج الأولية المشار إليها، وهي أوليَّة بمعنى أنَّ الطفل لا يتعلمها، بل تمثل لديه قدرة أوليَّة فطريَّة على تحليل الجمل التي يسمعها ثم تكوين جمل لم يسمعها مطلقًا من قبل وقد يفعل الطفل ذلك بشكل صحيح تمامًا من البداية، وإما بشكل يكون على الأقل مفهومًا ومقبولاً من ناحية الآخرين.

مميزات اللغة لدى تشومسكي:

١- الإزدواجية:

وتشير إلى أن اللغة تتضمن مستويين أولهما : المستوى التركيبي ويتضمن العناصر ذات المعنى التي تترابط معاً لتؤلف الجمل في السياق الكلامي ، وثانيهما المستوى الصوتي ويتضمن الأصوات والمنطوقات.

٢- التحول اللغوي:

ويشير إلى قدرة الإنسان على استخدام اللغة للتعبير عن الأشياء والأحداث عبر الأزمنة والأمكنة المختلفة.

٣- الإنتقال اللغوي:

ويشير إلى عملية انتقال اللغة من جيل إلى آخر فهي تكتسب وفق عمليات الإرتقاء اللغوي وتتطور لدى الأفراد طرق التعبير اللغوي وتركيب الجمل وإدراك المعنى وفق تسلسل منظم.

٤- الإبداعية اللغوية:

تمثل اللغة نظاماً مفتوحاً يتيح للأفراد إنتاج عدد غير محدود من الجمل والتراكيب اللغوية، والإبداع في مجال استخدام اللغة للتعبير عن الأفكار والمشاعر والاتجاهات والمعتقدات.

نقد النَّظرية:

إن افتراض تشومسكي بوجود تكوينات أوليَّة، مع ما يتضمنه من وجود قدرة أوليَّة على الأداء في التَّركيب اللغوي، وجود العموميَّات اللغويَّة، قد لاقى نقدًا كبيرًا ويتمثَّل هذا النَّقد فيما يلي:

أ - لم ينجح علماء النفس إلا في اكتشاف عدد قليل جدًّا من العموميَّات في التـَّراكيب اللغويَّة بين اللغات المختلفة.

ب - الشيء الوحيد الذي يمكن افتراض أوليته - أي وراثته - لدى الكائن البشري هو استعداده بيولوجيًّا للتَّفاعل مع البيئة، لا وجود تنظيمات موروثة تساعد على تعلم اللغة.

مثال ذلك: أن تفاعل الطفل مع البيئة يكون على أساس أن هناك موضوعات تؤثر في موضوعات أخرى، أي وجود فعل، وفاعل، ومفعول به، وعلى ذلك يكوِّن الطفل تركيباته اللغوية.

خامساً: نظرية جان بياجيه

يؤكد بياجيه على أن النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي حيث إن تطور اللغة عند الأفراد يعتمد إلى درجة كبيرة على تطور العمليات المعرفية لديهم فهو يؤكد أن الكلمات والجمل لا تظهر لدى الأطفال إلا بعد تحقيق نوع من النمو المعرفي يتمثل في غدراك ووعي المفاهيم التي تمثلها الكلمات . فالنمو اللغوي يتزامن مع النمو العقلي ويؤثر كل منهما في الآخر ، فاللغة بمثابة عملية وظيفية إبداعية تتوقف على قدرة الفرد على تمثل الخبرات. ويفترض بياجيه كذلك أن لدى الأفراد نزعة داخلية للتعامل مع الرموز اللغوية وإنتاجها وتنظيمها في البناء المعرفي لديهم ، ويرى أن النمو اللغوي يسير عبر مراحل ترتبط بمراحل النمو المعرفي الأربعة التالية:

١- المرحلة الحسية الحركية:

وتبدأ من الولادة وحتى نهاية السنة الثانية ويشكل الاتصال الحسي المباشر بالأشياء والفعل والحركة استراتيجية التفكير الرئيسية التي تحكم هذه المرحلة ويظهر الطفل بعض الأصوات في بداية المرحلة ولاسيما الصراخ للتعبير عن حاجاته ، وتتطور في نهاية السنة الأولى من خلال نطق المقاطع وبعض المفردات، وهي في الغالب مفردات بسيطة تعكس ارتباطه بالأشياء في البيئة المحيطة به.

٢- مرحلة ما قبل العمليات:

وتمتد من السنة الثالثة وحتى السنة السابعة وفيما يحدث تطور كمي ونوعي في الحصيلة اللغوية للطفل حيث تزداد قدرته على تسمية الأشياء وتصنيفها واستخدام اللغة للتعبير عن الأنا وتصبح الجمل لديه أكبر وأكثر تعقيداً ويكتسب قواعد البناء اللغوي وتظهر الضمائر وأدوات الربط والصفات .

٣- مرحل العمليات العيانية:

وتمتد من السنة الثامنة وحتى الحادية عشر وفيها تتسع الدائرة اللغوية لدى الطفل وتصبح العبارات والجمل أكثر تعقيداً وتتحول من لغة الأنا إلى اللغة الاجتماعية وتظهر في ظرف المكان والزمان والمبني للمعلوم والمجهول .

٤- مرحلة العمليات المجردة:

وتمتد من السنة الثانية عشر وما بعدها وتصبح اللغة هنا قريبة من لغة الراشدين من حيث البناء والمعنى وتصبح اللغة أداة للتفكير ويستطيع الطفل عمل الاستدلالات اللغوية المنطقية.

رابعا: آراء علماء النفس في اكتساب اللغة:

فيما يلي نحاول أن نتعرف على بعض الآراء في اكتساب اللغة وأن نبين وجهات النظر المختلفة في هذا المجال :

واطسون:

يلخص واطسون المراحل التي يمر بها الطفل حتى ينطلق الكلمة فيما يلي :

المرحلة الأولى:

عندما يصدر الطفل صوتاً وليكن (وا) فإنه يحفز نفسه على المستوى السمعي وعلى مستوى الإحساسات الحركية الداخلية ولكن هذه الحوافز تقتضي جواباً وهذا الجواب هو النطق من جديد بالمقطع (وا).

المرحلة الثانية:

إذا مضى بعض الوقت فإن إصدار الصوت (وا) يمكن أن يستأثر بالحافز السمعي وحده، إذا لم يعد "المثير" الحافز الحركي الداخلي ضرورياً

وهذا ما يتيح للمحيطين بالطفل أن يتدخلوا لحمله على تكرار الصوت (دا). والطفل الذي يكرر إصدار هذا المقطع لا يقلد وهنا تكون العلاقة بين الطفل والمحيطين به محدودة جداً .

المرحلة الثالثة:

عندما يقدم الطفل مصاصة حليب، وينطق المقطع (دا) مع كل مرة تقدم فيها المصاصة، عندها يعمل الطفل إلى تكرار هذا المطقع لدى رؤية المصاصة .

المرحلة الرابعة:

يرى واطسن أن رؤية الشييء فيما بعد لن تكن ضرورية لإثارة لفظ الكلمة إذ يرى أن الكلمة حركة أو إشارة تتم في حضور الشيء أولاً ثم في غيابه.

ديـــــوي:

يرى ديوي أن الكلام لدى الطفل يبدأ بمجرد أصوات وأنغام خالية من أي معنى أو تعبير أي أنها لا تحمل فكرة ما، وهذه الاصوات ماهي إلا نوع من المنبهات، فلفظ " قبعة" يبقى خالياً من المعنى كأي صوت إلا إذا لفظ مقروناً بعمل قد اشترك فيه نفر من الناس. فلما تصطحب الأم الطفل إلى خارج دارها تضع شيئاً فوق رأسه وهي تقول له قبعة، ففي خروج الطفل مع أمه لذة له، بل أن كليهما يهتم في ذلك لأنها يتمتعان به معاً، فتكتسب كلمة " القبعة" لدى الطفل المعنى نفسه الذي تفهمه منه أمه باقترانها بمختلف العوامل التي تدخل في نشاطهما، وإذ ذاك تتحول الكلمة إلى رموز لنوع العمل الذي اقترنت به . على أن الحقيقة المجردة هي أن اللغة تتألف من جملة أصوات يفهمها عدد من الناس كافية للدلالة على أن معنى اللغة يعتمد على اقترانها بخبرات مشتركة بين الناس .فالوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية إذ أن أساليب الكلام الأساسية والجانب الأكبر من المفردات اللغوية تتكون من سياق الحياة المعتادة بسبب كونها ضرورة اجتماعية، والطفل كما يقول الناس يتعلم لغة أمه.

سكنر :

يرى سكنز أن اكتساب اللغة يتم في الوسط الاجتماعي عن طريق المثير والاستجابة، وهو الذي أدخل مفهوم السلوك الأدائي فأشار إلى أن السلوك اللفظي يمثل المستوى الأدائي، وعرفه بأنه السلوك التلقائي الذي يمكن أن يدعم أو دعم فعلاً متمايز بالاشتراط الوسيلي فالسلوك اللفظي التلقائي عند الطفل يمكن أن يخضع في نظر سكنر لعملية تدعيم اجتماعي، فالطفل يتعلم هنا أن إحداث بعض الأصوات التي تشبه ظاهرياً على الأقل بعض الأصوات المقبولة اجتماعياً لبعض الكلمات مثل (لبن) أو (ماء) يؤدي إلى استجابة بالتشجيع ومن ثم تقوي هذه الاصوات أو الكلمات أما الأصوات أو الكلمات الأخرى التي لا تكافئ بهذه الصورة فإنها تنطفئ ويمكن أن يمتد هذا التفسير الذي ذهب إليه سكنر ليشمل الظواهر اللغوية كلها. فالطفل يميل إلى تعلم الاستجابة التي تدعم سواء أكان التدعيم عن طريق الثواب المباشر الذي يؤدي إلى خفض حدة التوتر أو كان عن طريق بعض الأدلة الثانوية غير المباشرة للثواب النهائي. أما الاستجابات التي لا تدعم فتميل إلى الانطفاء والاختفاء من حصيلة استجابات الطفل، والاستجابات المتضمنة في هذه الأحداث قد تكون استجابات مباشرة لمثيرات خارجية، أو قد تكون استجابات أدائية "كالمناغاة" فتثار داخلياً إلى حد ما. ويقول سكنر عن الذخيرة الفظية لدى الطفل أو المتكلم "نلاحظ أن المتكلم يمتلك ذخيرة لفظية، بمعنى أن أنواعاً مختلفة من الاستجابات تظهر من وقت لآخر في سلوكه على ارتباط بظروف يمكن تحديدها ويشير تعبير "الذخيرة اللفظية" على أنها مجموعة من الاستجابات الإجرائية اللفظية إلى السلوك المحتمل للمتكلم.

جون كارول :

ينطلق جون كارول من أن الطفل في أثناء نموه اللغوي يتعلم أي الاستجابات اللفظية أو الحركية سوف توصله إلى ما يريده، أو تبعده عما يكره وأي استجابات الآخرين يمكن أن تتخذ أدلة لما يريد ولما لا يريد. وتكون الاستجابات المتضمنة في البدء عامة جداً وشاملة ولكنها تتمايز بالتدريج وتتشكل والطفل يتعلم أن يقلد استجابات الآخرين ولكنه يتعلم محاولة القيام باستجابات جديدة وارتباطات بين الاستجابات، كما يحاول التعميم أيضاً. والأخطاء البارزة التي قد يقع فيها الطفل أحياناً إنما هي نتيجة إخفاقة في التعرف على الفروق الحساسة في الصورة والشكل والمعنى، أو هي نتيجة المشابهة الخادعة الخاطئة التي يقع فيها نتيجة عدم الانتظام والثبات في اللغة.

التطور اللغوي:

يولد الطفل وهو مزود بالقدرة على التعبير ، إلا إنه لا يستطيع القيام بهذه الوظيفة فعلاً إلا بعد أن تصل الأجهزة الداخلية الخاصة بالكلام إلى درجة معينة من النضج ، حيث تعتبر هذه الأجهزة هي المسئولة عن نمط إستجابي معين ، يحقق وظيفة معينة للفرد وهي عملية الكلام ذاتها.

وإعتماداً على علم اللسانيات التربوي والنفسي وعلى نتائج الدراسات البيولوجية يشير التطور اللغوي إلى النمو الحاصل في عمر الطفولة منذ الميلاد وحتى المراحل المتاخرة منه ، وهو يضم السنوات الأربع أو الخمس الأولى من حياة الطفل ويتضمن المرحلة الأساسية بدءً من عملية التمييز والتصويت وامتداداً إلى تكوين الجمل فالوحدات اللغوية الكبيرة – النصوص -. ويتضح من هذه العملية كيف يتحول هذا الكائن بيولوجياً إلى كائن بشري اجتماعي لذا تنسب للصرخات الأولى للطفل وظائف اجتماعية لأنها وسيلة الاحتكاك مع محيطه الذي يمكن أن يرد عليه بوسائل لغوية أو غير لغوية.

ومن الأهمية أن نعي أن الطفل يولد ولديه كل التجهيزات التشريحية التي يحتاجها لاستقبال وإنتاج اللغة والكلام ، فهو يستخدم حنجرته للصراخ في البداية خلال الأسابيع الأولى ثم يستخدمها لإحداث أصوات معبرة عن السرور وغالباً ما تكون هذه الأصوات عشوائية بلا معنى في السنة الاولى ثم في غضون أشهر تتحول إلى أصوات لينة ***Vowel*** ، وفي نهاية السنة الأولى فإنه يحدث أنواع من الحركات والاتصالات الضرورية لإنتاج الحروف الساكنة.

وعندما تتكون عند الطفل مجموعة من التركيبات اللغوية يتخذ منها الكبار الذين حوله موقفاً خاصاً رغبة منهم في تشجيعه وتعبيراً عما يشعرون به من سرور نجدهم يكررون ما يقوله الطفل فيبدأ الطفل في مقارنة الأصوات ويبدأ كذلك بالتقليد الذاتي ثم تقليد الكبار.

وأوضحت دراسات نمو مهارات الكلام واللغة عند الأطفال أن الدقة في إصدار الأصوات التي يتضمنها الكلام تزداد بتقدم السن حتى يصل الأطفال إلى تحقيق النضج في نطق الحروف وتشكيلها في حوالي سن الثامنة بيد أن الإناث يتقدمن الذكور في هذا المجال بحوالي سنة .

وتمتاز مرحلة ما قبل المدرسة بسرعة النمو اللغوي تحصيلاً وتعبيراً وفهما وللنمو اللغوي في هذه المرحلة قيمة كبيرة في التعبير عن النفس والتوافق الشخصي والاجتماعي والنمو العقلي .

ويرى تشومسكي أن الطفل يمتلك قدرات فطرية تساعده على تقبل المعلومات اللغوية ، وعلى تكوين بناء اللغة خلالها وهذا يعني إنه مهيأ بطريقة أو بأخرى أن يكون قواعد لغته الأم من خلال الكلام الذي يسمعه ويشير إلى أن الطفل لديه الكفاية والقدرة على تكوين فرضيات لغوية يبتكرها بالنسبة لمفهوم الجملة .

ويتعلم الاطفال اللغة بسبب رغبتهم في التعامل والتفاعل مع الاخرين في مجتمعهم وقد حدد *Mclean & Snyder* ***(1978)*** هذا التعلم من خلال أربعة أسباب :

١. يكتسب الطفل اللغة إذا كان لديه سبب للكلام .
٢. يكتسب الطفل اللغة إذا اكتسب الحاجة للاتصال .
٣. يكتسب الطفل اللغة إذا كانت هناك حاجة اجتماعية تدعوه لذلك .
٤. يكتسب الطفل اللغة إذا كان عضواً فعالاً في العلاقات الاجتماعية.

جدول رقم (١)
يوضح مراحل النمو اللغوي للطفل

العمر بالشهور	التطور اللغوي – الكلامي - السمعي
شهر	يفزع للصوت.
٢	يستمع للجرس أو الشخشاخة.
٣	يبحث عن الصوت بالعين.
٤	يضحك.
٥	يلتفت للصوت.
٦	يناغي أو يصدر أصوات خافتة أو لحن الصوت.
٧	يصدر ٤ أصوات مختلفة.
٨	يفهم "لا" و"باي باي".
٩	ينطق "ماما" او"بابا".
١٠	يقلد الأصوات للعب.
١١	كلمتان بمعناها.
١٢ شهر	٣ كلمات بمعناها.
١٣ شهر	ينظر للصور.
١٤ شهر	يعرف أسمه.
١٥ شهر	٤-٥ كلمات واضحة.
١٦ شهر	٦-٧ كلمات واضحة.
١٧ شهر	دمج المناغاة.
١٨ شهر	يستمتع بالتناغم ويحاول عملها.
١٩ شهر	٩ كلمات.

العمر بالشهور	التطور اللغوي – الكلامي - السمعي
٢٠ شهر	١٢ كلمة.
٢١ شهر	جملة من كلمتين.
٢٢ شهر	يستمع للقصص.
٢٣ شهر	٢٠ كلمة أو أكثر.
٢٤ شهر	تسمية أربع ألعاب.

ويمكن أن نوجز النمو اللغوي لدى الطفل فيما يلي:

عند الولادة:

الصرخة الأولى والصياح - أول خبرة له يمرور الهواء في الحنجرة – أصوات تلقائية تصاحب الشهيق والزفير على حدة .

الشهر الأول والثاني:

صراخ – بكاء - حروف متحركة تعبير عن ألم أو جوع في غير أوقات البكاء تظهر أصوات أخرى من ضمنها ساكن بلعومية (ك - ق - غ) وأصوات يشترك فيها اللسان في أوضاع تشبه البلع وهي ليست أصوات على لغة واحدة وتصاحب هذه الأصوات حركات بالرجلين والقدمين. وهذه الأصوات تعد بداية النطق وتشعر الأم بها فتتجاوب مع طفلها عند إصدار هذه الأصوات وتعديلها له وتكررها عليه إلى أن يسمع ويهدأ.

الشهر الثالث – الخامس:

المناغاة هي أصوات متحركة أمامية (ى - ى أ - أ). سواكن أمامية (م - ب) يؤديها الطفل تلقائياً بمفرده، وأحياناً عندما يكلمه الآخرون أو أثناء الحمام. وبالنسبة لهذه المرحلة فإن الطفل يسمع الصوت الذي يصدره ويتعرف على خصائصه في النطق فإن أعجبه الصوت أو الكلمة أعادها كنوع من التقليد الذاتي . وإذا تعطلت هذه المرحله نتيجة مرض فقد تسبب تأخر لغوي. إن الطفل الأصم يبدأ في المناغاة في هذا العمر ويفقد الاهتمام بها سريعاً لعدم قدرته على سماعها ولذا ننصح في هذه الحالة بتعليق مرآة أمام وجهه ليتواصل بصرياً ويفهم الموقف .

الشهر السادس- الثامن:

توجد ألعاب كلامية يبدأ الطفل في تكرار المقاطع (دادادا) وقد يختار مقطع ويكرره وتظهر سواكن جديدة (د - ت - ن - ل) وأصوات متحركة خلفية. ويبدأ في التفاعل الاجتماعي ويستعمل الأصوات لجذب الانتباه والتعبير عن مطالبه وبداية إدراك الكلام وسيلة للتحكم في المجتمع حيث يبدأ في الرد - بداية الحوار-. ويستمر في المناغاة وخاصة أمام الآخرين ، ويتعلم كيف يحرك اللسان داخل الفم وفي كل الاتجاهات وكيف يثبت الفك الأسفل وهذه خطوات هامة جداً لتنويع الأصوات.

الشهر التاسع إلى الحادي عشر :

ينوع الطفل الأصوات فيشعر من يسمعه أنه يتكلم فعلاً . ويستمر في المناغاة والألعاب الكلامية وتقل أوقات البكاء – يفهم معنى (لا) ويزداد تنوع الأصوات التي يصدرها . ويستجيب أكثر للوالدين سواء لاشاراتهما أو لتقليد أصوت يصدرانها . وفي هذه المرحلة أيضا يسعد الأطفال كثيراً بالأغاني التي تتكرر بها كلمات بسيطة .

الشهر الثاني عشر إلى الثامن عشر :

وقد تبدأ هذه المرحله مبكراً (الشهر العاشر) أو تتأخر حتى الشهر الثامن عشر وهي مرحلة مهمة للنمو ككل فتزداد فيها قدرة الطفل على الفهم – يمشي – يبدأ في إطعام نفسه – ويبدأ في التعبير عن نفسه بكلمة تكون أساساً مقطع أو مقطعين من السلاسل الطويلة التي كان يصدرها. وأن تقليد الوالدين هو الذي يعلم الطفل خاصة إن كان الصوت يصاحبه فعل – جمل الطفل – باي باي – مع إشارة باليد للخروج . يتطلب خلق ظروف ملائمة لأن الطفل لا يتعلم الكلمة فحسب وإنما يتعلم المعنى من خلال الموقف السليم.

سنه ونصف إلى سنتين:

يتكون الكلام من بضع كلمات ذات معنى – هات – خذ - مع أسماء أفراد الأسرة، وفي هذه المرحلة يجب أن يزود الطفل بالكلمة المناسبة في الوقت المناسب عندما نراه يلمس - يتعرف - فيربط الطفل بين الكلمة بالملمس - الشكل – بالطعم – بالرائحة (اشراك أكبر مجموعة من الحواس في التعرف). حتى تصبح الكلمة جزء من التجربة وهنا بداية الإدراك للفروق بين الأشياء وإدراكه للوجود الدائم ومن هنا تبرز له أهمية تكوين الصورة

العقلية عن الشيىء والرمز له بكلمة. ومع ظهور الأسنان يبدأ الطفل في تكرار الكلام بدون هدف ويجب على الأهل الاستفادة من هذه المرحلة بتعليمه أغاني بسيطة.

سنتين إلى ثلاث سنوات :

يتعلم الطفل إجادة اللغة من خلال بحث نشيط فيما حوله وتقليد وتكرار واستنتاجات للمعاني. ويخفي الكلام غير المفهوم - وتبدأ الجمل من ثلاث كلمات (بابا راح الشغل) فعل وفاعل ومفعول به . وتتحول ألعابه إلى رموز وتمثيليات (الشيىء يرمز إلى غيره). وتتطلب هذه المرحلة توفير نموذج سليم لكي يقلده الطفل سواء في نطق الكلمة أو في طول الجملة . وعند توفير نموذج سليم تختفي عيوب النطق تلقائياً مع تقدم العمر.

نمو اللغة في مرحلة رياض الأطفال :

ومع دخول الطفل سنته الرابعة يصبح كثير الكلام والثرثرة، وكثير الأسئلة من أجل التعلم والاستطلاع لما يجري من حوله. وحينما يصل الطفل إلى سن ست سنوات تصبح لغته قريبة جداً من لغة الراشدين، ويبدأ الأطفال بالتقيد بقوانين اللغة، وتزداد حصيلته اللغوية من المفردات بشكل ملحوظ مع بداية دخوله المدرسة.

خصائص النمو اللغوي في هذه المرحلة:

تعد هذه المرحلة من أسرع مراحل نمو الطفل لغوياً، ويصل المحصول اللغوي للطفل في نهاية هذه المرحلة - وهي سن السادسة - إلى ما يقرب من (٢٥٠٠).

في هذه المرحلة نجد التعبير اللغوي للطفل يميل نحو الوضوح، ودقة المعنى والفهم ويعبّر الطفل عن نفسه بجمل مفيدة.

إن الأطفال في أي مرحلة تعليمية مبكرة يخضعون لمراحل مختلفة من النمو اللغوي، وهذه المراحل تعتبر مظهراً أساسياً في التعليم وخصوصاً لمهارات التحدث والاستماع والقراءة والكتابة. ومن هنا يجب على المعلمات أن يفهمن طبيعة عملية نمو اللغة عند أطفال هذه المرحلة، إذ تعتبر هذه المعرفة ضرورية لكي يشخص المعلمون المهارات الخاصة بفنون اللغة، بالإضافة إلى توفير بيئة تعليمية غنية لتشجيع نمو وتطور كل المهارات .

ومراحل النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المبكرة تسير في مرحلة الكلام البرقي، وبالتحديد في غضون السنة الثانية، ومن ثم مرحلة الأكثر من كلمتين من (٢-٣ سنوات). ومن ثلاث سنوات إلى أربع سنوات يبدأ الأطفال في استخدام الجمل المركبة، والتي تتضمن استخدام حروف الجر، والضمائر، وأدوات النفي وصيَغ الملكية، وأدوات الاستفهام، وتصل عدد المفردات لهؤلاء الأطفال من (١٠٠٠-١٥٠٠) كلمة. ومن عمر أربع سنوات إلى ست سنوات – وهي مرحلة رياض الأطفال - يكون الأطفال قد اكتسبوا العديد من العناصر اللغوية، وتستمر المفردات والأبنية الخاصة بتراكيب الكلام في الازدياد والتنوع والعمق وتصل إلى (٦٠٠٠) كلمة عند بلوغ الطفل سن السادسة .

النمو اللغوي من (٣-٤) سنوات:

- يستخدم الضمائر (أنا – أنت – ياء المتكلم) استخداماً سليماً.
- يعرف صيغة الجمع.
- يستخدم الزمن الماضي.
- يدرك صيغة التفضيل (أكبر – أصغر – أحسن – أقوى – أسرع).
- يعرف ثلاثة حروف جر (في – تحت – على).
- يعرف بعض الأفعال وبعض الصفات.
- يستطيع استخدام بعض أدوات الاستفهام (لماذا – أين – متى).
- يدرك بعض المسميات (ساعة – قلم – كتاب – حقيبة – حذاء – فلوس – مدرسة – والد – والدة – شقيق).
- يعرف الأسماء الرئيسية لجسمه (رأس – عين – أنف – شعر – يد – قدم – بطن – أصابع).
- يعرف أسماء بعض الأطعمة والأشربة.
- يستطيع أن ينطق حوالي ٦٥% من كلماته نطقاً سليماً.
- يستطيع أن يقرأ بعض الحروف الهجائية.

النمو اللغوي من سن (٤-٥) سنوات:

- يستطيع استخدام كثير من الأفعال والصفات والظروف وحروف الجر وأدوات العطف والضمائر.
- يستطيع أن يميز بين صيغ المفرد والجمع.
- يعرف أسماء الإشارة (هذا – هذه).
- يستطيع استخدام ضمير المتكلم (أنا – نحن)، وضمير المخاطب (أنت – أنتم) وضمير الغائب (هو – هي – هم).
- يستطيع استخدام أدوات الاستفهام (متى – كيف – هل – كم – أين – لماذا).
- يستطيع الربط بين جملتين.
- يسمي كثيراً من الأشياء والكائنات من خلال الصور.
- يسمي كثيراً من الأدوات والأجهزة، التي يستخدمها أو يشاهدها في المنزل وفي الشارع وفي الروضة.
- يعرف أسماء الألوان الشائعة.
- يستطيع أن يقلد أصوات بعض الحيوانات الأليفة (الكلب – القط – الحمار – الماعز).
- يستطيع أن يعيد تكرار ثلاثة أرقام بعد سماعها.
- يستطيع حفظ أغنية أطفال أو نشيد.
- ينطق حوالي ٧٥% من كلماته نطقاً سليماً.
- يستطيع أن يقرأ ويكتب كثيراً من الحروف الهجائية.

النمو اللغوي من (٥-٦) سنوات:

- يحسن الاستماع (الإصغاء) إلى الآخرين.
- يستخدم الكلمات الوصفية تلقائياً للأشياء والكائنات (كبير – صغير – ثقيل – خفيف – ناعم – خشن – سريع – بطئ – قوي – مريض).
- يعرف صفات الأشياء كاللون والحجم والشكل.

- يستطيع استخدام صيغ التذكير والتأنيث لبعض المسميات للإنسان والحيوانات والطيور.
- يعرف صيغ المفرد والمثنى والجمع، وضمير المتكلم، وضمير المخاطب وضمير الغائب، والأفعال في الماضي والمستقبل.
- يستطيع أن يتحدث بجملة مكونة من ست كلمات.
- يستطيع أن يقلب صفحات كتب الأطفال المصورة.
- يستطيع أن يسلسل أحداث قصة سمعها، أو شاهدها من خلال الصور.
- يدرك تفاصيل صورة شاهدها في كتاب أطفال مصور.
- يعرف متى يقول (من فضلك – لو سمحت – أشكرك – آسف).
- تتسم أحاديثه بالترابط إلى حد ما؛ بحيث يستطيع أن يعبر عن أفكاره.
- يستطيع أن يعد من واحد إلى عشرة فأكثر.
- ينطق حوالي ٨٥% من كلماته نطقاً سليماً.
- يستطيع أن يقرأ ويكتب جميع الحروف الهجائية، كما يستطيع أن يقرأ بعض الكلمات المكونة من حرفين أو ثلاثة حروف.

أهداف الخبرات اللغوية في رياض الأطفال:

- تدريب الطفل على الإصغاء (الاستماع) الجيد.
- تدريب الطفل على النطق الواضح السليم.
- تنمية مفردات الطفل اللغوية.
- تدريب الطفل على سرد الأحداث في تسلسل سليم من خلال سرد القصص.
- تدريب الطفل على التعبير الشفهي حول فكرة معينة.
- تدريب الطفل على التعبير عما في نفسه من مشاعر وأفكار خيالية.
- تدريب الطفل على المشاركة في أفكار وأقوال الآخرين.
- تنمية قدرة الطفل على الحوار والمناقشة وإبداء الرأي.
- تدريب الطفل على الاهتمام بمعرفة معاني الكلمات الجديدة.
- إتاحة فرص الملاحظة والمشاهدة والمقارنة والتجريب والاستنتاج.
- تهيئة الطفل للقراءة.

الفروق الفرديَّة في النمو اللغوي:

إنَّ المراحل التي يمر بها الطفل في تعلم اللغة واحدة بالنسبة لجميع الأطفال في العالم، وإنَّ السن التي يبدأ بها الطفل في نطق الحروف، وكذلك السن التي يكتسب فيها الكلمة الأولى لا تتغيَّر كثيرًا من ثقافة إلى أخرى على وجه العموم إلاَّ أنَّ أطفال السن الواحدة لا يتساوون في مقدار النمو اللغوي، ويرجع ذلك إلى العوامل التَّالية:

١ - العلاقات الأسرية:

تشير الدراسات إلى أنَّ الطفل الوحيد أو الأوَّل في الأسرة يتمتَّع بمستوى لغوي أعلى منَ الطفل الذي يعيش مع عدد من الإخوة، والسبب في ذلك أنَّ اهتمام الأم والأب قد يؤدي إلى تنبيه الطفل إلى استخدام الألفاظ، وربطها مع ما يناسبها من معاني.

كما أنَّ نمط العَلاقات السَّائد في الأسرة يلعب دورًا كبيرًا في تحديد المستوى اللغوي للأطفال، فإذا كانت العلاقات الأسريَّة يغلب عليها الانسجام والود، فإنَّ الفرد فيها يستطيع أن يعبر عن أفكاره متى يشاء، فتنمو مداركه العقليَّة واللغويَّة نموًّا سويًّا، وبالعكس إذا كانت العلاقات مبنيَّة على التسَّلط والتَّحكم فإنَّ الطفل يحاول أن يتجنَّب المواقف، ويبتعد عن التَّعبير عن آرائه خوفًا من اللَّوم والتـَّأنيب.

٢ - سلامة الأعضاء المتعلقة بالنمو اللغوي:

وهي: الحنجرة، واللسان، والشفتان، وأعضاء السمع، والبصر، والمراكز المخية المسؤولة عن اللغة.

٣ - الصحَّة العامَّة للطفل:

إنَّ الصحَّة الجيدة وخاصَّة في السنوات الأولى من حياة الطفل مصحوبة بحب الاستطلاع السَّليم تدفع الطفل إلى تطوير الاهتمام بما يحيط به من أناس وأشياء إلى الرَّغبة في التـَّعبير عن ردود فعله نحوهم، وأمَّا المرض فيؤدي بالطفل إلى قلَّة النَّشاط والحيويَّة، والتـَّفاعل مع الآخرين، وهذا يعطل نموه اللغوي، ويؤثر التـَّعطيل في مرحلة من المراحل الأولى على المراحل المبنيَّة عليها.

٤ - الذكاء:

تحدد القدرة العقليَّة للطفل درجة إتقانه للغة، فالأكثر ذكاءً يستعملون اللغة في وقت مبكر وبمهارة أعلى، وهم أعلى في مستواهم اللغوي منَ الآخرين سواء كان ذلك في عدد المفردات، أو في صحة بناء الجمل وطولها ودقة معانيها، أمَّا قليل و الذكاء فهم أضعف من غيرهم في قدرتهم اللغويَّة.

٥ - جنس الطفل:

تتفوَّق البنات على الأولاد في النمو اللغوي إذا تساوت الظروف الأخرى (الذكاء، الحالة الصحية...)، ويظهر هذا التـَّفوق في وفرة المحصول اللغوي من المفردات، وفي تعلم القراءة، وصحَّة النطق، وتركيب الجملة.

٦ - المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة:

يساعِد ارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة في تدعيم النمو اللغوي من خلال إتاحته لمجال أوسع من الاتصالات والتَّعرض للمثيرات المناسبة من رحلات وموسيقا وكتب وما شابه ذلك، ويدرك الآباء المثقَّفون ضرورة تدريب الطفل على مدارسة اللغة في الحياة منذ البداية، ويدركون كذلك أنَّ الاتكال عليها في تحقيق كل متطلباته قبل أن يطالب بها، وقبل أن يعبر عنها تعطيل لقدراته اللغويَّة، ونموه الفكري.

٧ - الخلط بين العامية والفصحى:

يؤدي الخلط بين العاميَّة والفصحى عند الكلام مع الطفل إلى ارتباكه في انتقاء اللفظ المناسب؛ لأنَّ اللغة تحدث عن طريق الاقتران بين الشَّيء ولفظ اسمه.

٨ - وسائل الإعلام:

إنَّ لوسائل الإعلام دورًا كبيرًا في إكساب الطفل المفردات والتـَّراكيب اللغويَّة من خلال البرامج الموجهة إلى الأطفال.

٩ - الحكايات والقصص:

إنَّ سماع الأطفال للحكايات والقصص يزيد من ثروتهم اللغويَّة.

الفروق بين الجنسين في النمو اللغوي:

توجد فروق فردية بين الجنسين، لصالح البنات، وأنهن أقدر من الأولاد على اكتساب اللغة وإتقانها في المراحل الأولى؛ ولكن هذا التَّفوق سرعان ما يتلاشى بعد السنين الست الأولى، ليكون التَّعادل والتَّماثل بين

الأسوياء من الجنسين فيما بعد السادسة، ويرجع تفوق البنات على البنين إلى عوامل بيولوجيَّة وأخرى اجتماعية.

العوامل البيولوجية:

يرى علماء النفس البيولوجيون أنَّ المخ عند البنت ينضج في وقت مبكر عنه عند البنين خاصَّة فيما يتعلق بمركز وظيفة الكلام في الجانب المسيطر على هذه الوظيفة، ذلك أنَّ النضج اللحائي في هذه الحالة يساعد على الإسراع في إخراج الأصوات وكذلك على معدل اكتساب اللغة.

العامل الاجتماعي:

إنَّ الأمهات يتحدَّثن مع بناتهن في سن الثانية أكثر مما يتحدثن مع أبنائهن عن طريق الأسئلة التي توجه من الأمهات إلى البنات، أو العكس عن طريق الإجابة على أسئلتهن، وتكرار الألفاظ التي ينطقن بها إلى غير ذلك من أشكال التفاعل اللغوي بين الأم وأطفالها، علاوةً على أن الأولاد يسمح لهم بالنشاط الحركي في اللعب، بينما يقتصر نشاط البنت في ألعابها وعلاقتها على الأنشطة التي تعتمد على اللغة.

الألفاظ ومعانيها:

الكلمة الأولى هي: لفظ له دلالة - أي له معنى - سواء كان ذلك المعنى موجودًا في المجال الحسي للمتكلم، أو غير موجود، وسواء كان محسوسًا أو مجردًا ومعنى ذلك أنَّ معاني الكلمات لا تكتسب إلاَّ بعد أن يكون الطفل قد استطاع أن يكوِّن صورًا ذهنيَّة ثابتة للأشياء والأحداث التي تشير إليها هذه الكلمات، وإلاَّ لما استطاع أن يعبر عن الشَّيء في غيابه.

فالطفل الذي ينطق بلفظ (بابا)، وأبوه غير موجود لابدَّ من أن تكون لديه صورة ذهنية للأب، وبعبارة أخرى لابدَّ أن يكون قد تكون لديه (مفهوم دوام الشَّيء)، وباختصار فإنَّ الطفل لا يكتسب معاني الكلمات إلاَّ إذا تكونت لديه المفهومات التي ترتبط بها هذه الكلمات أولاً، بمعنى إذا استطاع أن يدرك أنَّ الشيء الذي يراه مرة بعد مرَّة إنَّما هو (مفهوم دوام الشيء)؛ أي تبقى صورته الذهنيَّة بعد زواله في ذهن الطفل، وتصبح الكلمات في النهاية عبارة عن رموز تشير إلى مفاهيم وعلاقات بين المفاهيم:

تطور دلالات الألفاظ "مراحل اكتساب معاني الألفاظ":

ويمُر اكتساب الطفل لمعاني الكلمات - الألفاظ بالمراحل التَّالية :

- أولاً : يرتبط معنى الكلمات الأولى عند الطفل بشيء أو حدث معين واحد ولا يعمم هذا المعنى على أشياء أو أحداث من نفس الفئة، فكلمة "كلب" مثلاً ترتبط بكلب واحد فقط، وكلمة "حذاء" ترتبط بحذاء معين ويرجع ذلك بالطَّبع إلى قلَّة خبرة الطفل المعرفيَّة؛ من حيث ملاحظة أوجه الشبه بين أفراد النـوَّع الواحد من الأحداث والأشياء، فيكون بالنسبة للطفل كل من الكلب والحذاء... إلخ فئة مؤلفة من فرد واحد، وليس فردًا من مجموعة أفراد متماثلة.
- ثانيًا : يبدأ الطفل بعد ذلك بملاحظة أوجه الشَّبه التي تجمع بين الأشياء، فمثلاً يلاحظ ما يجمع بين الكلاب من أوجه الشبه، فيصبح لديه مفهوم عام عنِ "الكلب"، إلاَّ أنَّه في استخدامه لكلمة "كلب"، يقوم بالتَّعميم على كل ما يمشي على أربع، فتدل كلمة "كلب" لديه على صنف الكلاب وعلى غيرها من الحيوانات، وبذلك فإنَّه يقوم بتعميم زائدٍ بعكس المرحلة السَّابقة حيث كان تعميمه ناقصًا، ومن أمثلة التـَّعميم الزَّائد إطلاق الطفل كلمة "بابا" على جميع الرجال، وكلمة "ماما" على جميع النساء والسَّبب في هذا التـَّعميم الزَّائد هو عدم قدرة الطفل على التـَّعبير؛ بسبب قلَّة المفردات اللغويَّة لديه.
- ثالثًا: وفي هذه المرحلة يصل الطفل إلى التَّعميم الصحيح، فيبدأ في تقليص تعميمه الزَّائد إلى أن يقترب من تعميم الكبار أو يتطابق معه، فقد يكتسب بعد كلمة كلب كلمتي: حصان، وبقرة، ويظل يطلق كلمة "كلب" على القطة والخروف، ثم يكتسب كلمة "قط" فيقصر استعمال كلمة "كلب" على الكلب والخروف، ثم يتعلم كلمة "خروف" فيصبح مدلول كلمة "كلب" عنده كمدلولها عند الكبار، فيطلق لفظ الكلب على مدلوله فقط، وبهذا يكون قد وصل إلى التـَّعميم الصَّحيح.



الإضطــرابات اللغـــــوية
تشخيصها وعلاجها

يعتبـر مصـطلح الاضـطرابات اللغويـة *Language Disorders* مصطلح عـام لذلك فلا غرابـة أن نجد عدداً من المصطلحات المتداولـة بين المهتمين في هذا الحقل للتعبير عنه .

ومن أهم هذه المصطلحات: مصطلح التأخـر اللغـوي *Language Delay* ومصطلح العجز أو القصور اللغوي *Language Deficit* ، مصـطلح الإعاقـة اللغويـة *Language Handicapped* ، ومصـطلح الاضطراب اللغوي ***L**anguage Disorder* وهو أحدثها وأكثرها شيوعاً واستخداماً بين العاملين في هذا المجـال وقد برر مستخدمي هذا المصطلح سبب استخدامه بالمبررات التالية: -

أن اللغة قد تصاب بخلل أو اضطراب مثلها مثل باقي أعضاء جسم الإنسان وأجهزته، وأن هذا الاضطراب اللغوي إما أن يكون نمائياً، أو قد يكون تطورياً.

أما بخصوص مصطلح العجز اللغوي *Language Deficit* **فنادراً** ما يتم استخدامه في الوقت الحالي، كون هذا المصطلح يكاد يعبر عن انحراف الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية عن الطريق الطبيعية في اكتساب اللغة، وأنهم يظهرون أشكالاً أخرى من التعبير أو الاستيعاب اللغوي، في حين أنه في واقع الأمر نرى معظم هؤلاء الأطفال أقرب إلى من هم أقل منهم سناً، مما يجعلنا نفكر ملياً قبل استخدام هذا المصطلح. وكذلك الحال فيما يتعلق باستخدام مصطلح التأخر اللغوي *Language Delay* حيث يفهم منه أن الطفل الذي يعاني من تأخر لغوي هو ذلك الطفل الذي يتأخر عن أقرانه في اكتساب اللغة ،إلاّ أنه سيصل في النهاية إلى التطور اللغوي الطبيعي وإن كان متأخراً عن الموعد المتوقع لمن هم في سنه ولكن العديد من الدراسات دلّت على أن التأخر في جوانب النمو اللغوي وخاصة في سن ما قبل المدرسة مستمر مع نمو الأطفال ومن الصعب أن يصل في النهاية الطفل المتأخر لغوياً

إلى التطور اللغوي الطبيعي ، وسيبقى متأخراً عن الموعد المتوقع لمن هم في سنه ، وهذا يؤثر وبشكل واضح على جوانب نموهم الأخرى واللاحقة وخاصة في عملية اكتساب اللغة المكتوبة وعلى المهارات الأكاديمية المتقدمة أيضاً ، وهناك من يدحض هذا الرأي ويعتبره متعسفاً حيث يربط ذلك التأخر بقدرات الطفل والتدخل المبكر والرعاية المقدمة من جانب الأسرة .

ولعل أكثر المصطلحات استخداماً في الوقت الحالي كما تم التنويه سابقاً هو مصطلح الاضطراب اللغوي *Language Disorder* ، حيث عّرف بعض العلماء الاضطراب اللغوي: بأنه الاضطراب الناتج عن عطل في الجانب الوظيفي للغة بينما عّرف آخرون الاضطراب اللغوي على أنه معاناة الطفل من سلوكيات لغوية مضطربة تعود إلى تعطل في وظيفة اللغة في الدماغ، فكما يتعرض أي جانب من جوانب الإنسان إلى اضطراب فكذلك اللغة قد يصيبها ما يصيب الإنسان أو أياً من جوانبه من إضطراب، أو خلل، وقد يكون هذا الاضطراب نمائياً أو تطورياً.

ومن الأسباب التي شجعت أيضاً في تداول مصطلح الاضطراب اللغوي على غيره من المصطلحات الأخرى هو أن منظمة الصحة العالمية قد عرفت الاضطراب اللغوي بطريقة تتناسب مع ما يلاحظه بعض الأخصائيين علمياً في مجال اضطرابات اللغة بأنه : نقص أو خلل في التركيب (التشريح) أو الوظيفة (الفسيولوجي) بينما مصطلح العجز هو النقص في قدرة الفرد على تحقيق حاجاته اليومية، وهذا النقص يمكن أن يتغير حسب المواقف المختلفة أو المراحل المختلفة في الحياة .

والسبب الآخر الذي يجعل بعض الأخصائيين في مجال النطق واللغة يفضلون استخدام مصطلح الاضطراب اللغوي على غيره من المصطلحات هو رغبتهم في عدم تقييد تعريفهم لهذه الاضطرابات اللغوية بتعريفات ضيقة أو محددة حسب سبب محدد ، وذلك لتنوع أسباب حدوثها، ولعلهم بهذه النظرة الشمولية يوجهون إهتمامهم نحو علاج هذه الاضطرابات أكثر من اهتمامهم بالتعريفات الاصطلاحية وتفاصيلها الدقيقة.

كما أن المحفز الأكبر والأقوى في هذا الاستخدام لمصطلح الاضطراب اللغوي هو كذلك تأكيد القانون الأمريكي لذوي الإعاقات (*American Act of Children with Disability , 1990*)، والذي أكد على عدم إلصاق صفة العجز أو الإعاقة بالأفراد ، وإنما التركيز على الناس

كبشر لهم قيمتهم الاجتماعية والنفسية فلا نقول الأطفال "الضعاف لغوياً" أو " المعاقين لغوياً " ، ولكن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، وذلك لفصل المشكلة عن الأطفال، وعدم الصاق هذه الوصمة بهم، بل التركيز على علاجهم كأطفال لهم حقوقهم البشرية قبل كل شيء، فكل فرد من أفراد المجتمع الطبيعيين قد يتعرض لأي عجز أو إعاقة في مرحلة ما من مراحل عمره وهذا لا ينقص من قيمته البشرية كإنسان.

أنواع اضطرابات اللغة والكلام

- اضطرابات النطق : ***Articulation disorders***

وتتضمن فشل أو إخفاق الأطفال في النطق نتيجة الفشل في نطق كل أحرف الكلمة، وكذلك نتيجة إبدال بعض الحروف أو حذف بعضها أو إضافة بعض الحروف إلى الكلمة، أو الإبدال في الأصوات المتشابهة المخارج أو التحدث في ظل وجود اضطرابات الصوت.

- اضطرابات الصوت: ***Voice disorders***

يوجد نوعان من اضطرابات الصوت هما : اضطرابات الرنين *resonance disorders*، واضطرابات الأصوات *phonation disorders*والطلاب الذين يعانون من اضطرابات الرنين يظهرون صعوبة في نطق بعض الحروف الأنفية ويحدث ذلك لدى الأفراد ذوي الشلل المخي أو ذوي الحنك المشقوق حيث تتطلب هذه الأحرف حبس النفس داخل الفم وهو ما لا يستطيعه هؤلاء الأفراد. والذين يعانون من اضطرابات الأصوات: يبدو كلامهم مثل الأجش أو الشخيرأو الصوت الخارج مع النفس. في الحالات الحادة ؛ لا يستطيع الطلاب إخراج الأصوات على الإطلاق . وعموماً ، فاضطرابات الصوت أكثر انتشاراً بين البالغين عنها بين الصغار.

- اضطرابات الطلاقة *Fluency disorders*

حيث يحدث تقطع أو ترديد للكلام المتدفق عبر الفم أو توقف مؤقت للكلام. و/ أو تكرار وعدم القدرة على تجاوز بعض المقاطع إلى التي تليها. ومثال على اضطرابات الطلاقة اضطراب اللجلجة أو التلعثم.

الأفيزيا ***Aphasia*** أو (الحُبسة الكلامية) :

وهي إعاقة لغوية تؤثر على قدرة الفرد على إنتاج أو فهم الكلام والقدرة على القراءة أو الكتابة . الأفيزيا *Aphasia* **دائماً** ما تنتج عن جرح

المخ أو جلطة دماغية *stroke*، أو العدوي الفيروسية أو الالتهابات الدماغية خاصة لدى الكبار. والأفيزيا يمكن أن تكون حادة جداً في تأثيرها على تواصل الشخصِ لدرجة استحالة حدوث التواصل، وقد تكون خفيفة جداً بما يسهل على الطفل تحقيق التواصل حتى في وجودها. ويمكن أن تؤثر بشكل رئيسي على جانب واحد من جوانب استخدام اللغة مثل القدرة على استرجاع أو تذكر أسماء الأشياء، والقدرة على وضع الكلمات معاً في جمل، أو القدرة على القراءة. وأكثر المشكلات شيوعاً في الأفيزيا نطق أسماء الأشياء بصورة غير صحيحة واستخدام الفرد للكلام التلغرافي الذي لا يفهم معناه إلا بصعوبة بالغة، مثال يذهب مدرسة وهو يريد أن يقول هل ستذهب إلى المدرسة؟.

- أبراكسيا *Apraxia* :

وهي عسر في النطق أو عدم القدرة على النطق يرجع لعدم تناسق عضلات الفم التي تساعد على إخراج الأصوات وعدم قدرتها على القيام بالحركات التي يتطلبها إصدار الكلمات. والأفراد الذين يعانون من عسر الكلام أو النطق الحاد عادة ما يكون لديهم قصور في التعبير اللفظي عن أنفسهم ويستعيضون عنه التعبير الصامت أو بالإشارات.

- ديسأرثريا / *Dysarthria*

عسرُ التلفّظ وهو "اضطراب كلام" حركي المنشأ يرجع إلى عدم تناسق ميكانيزمات أو حركات الكلام نتيجة تلف نيورولوجي، وعسر الكلام يعد اضطراب في إنتاج الكلام وليست اللغة، وبعكس الأبراكسيا ***apraxia*** فإن أخطاء الكلام في الديسأرثريا ثابتة برغم اختلاف مواقف الكلام.

- اختلالات اللغة *Language impairments*

يمكن أن تتنوع أيضاً ، وتتضمن العديد من الأشكال المختلفة مثل: تأخر اللغة*delayed language* ، اضطراب اللغة *language disorder* ، صعوبات اللغة *language disability* أو الصعوبات النوعية للغة *specific language disability*وبعض الأشخاص يفرقون بين الأطفال الذين يظهرون معدلاً بطيئاً في نمو أو تطور جميع جوانب اللغة وهو ما يطلق عليه تأخر اللغة *delayed language* ، والذين لا يظهرون نمواً أو تطوراً للغة وفق المعدل المتوقع وهي ما يطلق عليه صعوبات اللغة *language disability*، وبغض النظر عن هذه الفروق فيجب تقويم اضطرابات اللغة بصورة دقيقة .

ويجب أن يتضمن تقويم اللغة اختباراً للسمع نظراً لأن فقد السمع يعد أحد أسباب تأخر اكتساب اللغة، كما يجب أن يقوم أخصائي اللغة والكلام بتطبيق اختبار لقياس الصعوبات في اللغة المنطوقة.

وتنقسم اختلالات اللغة إلى:

- مشكلات فهم اللغة *Problems in understanding language*

وهي تؤثر تقريباً على كل الجوانب الدراسية: مثل؛ اتباع التوجيهات/ التعليمات *following directions* ، تعلم المفردات *learning vocabulary*، فهم التعليمات *understanding instruction* ، فهم المقروء *reading comprehension*.. إلخ .

- اضطرابات التعبير اللغوي ***expressive language***

غالباً ما تظهر لدى الأطفال الذين لا يفهمون اللغة. وبعض الأطفال يفهم اللغة المنطوقة ولكنهم يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم ، والمشكلة الشائعة في اللغة التعبيرية هي صعوبة استرجاع / استدعاء الكلمات التي يعرفونها فهؤلاء الأطفال يفهمون الكلمة. ويعرفونها عندما يسمعونها ، ولكنهم غالباً لا يستطيعون استدعائها عندما يحتاجون إليها ، وهو ما يدفع الطفل إلى الإحجام عن المشاركة داخل الفصل .

- اضطرابات التوظيف الاجتماعي للغة ***Pragmatic language***

وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون توظيف ما لديهم من لغة في المواقف الاجتماعية بما يحقق لهم التواصل الاجتماعي الفعال مع الآخرين. وكذلك يظهرون صعوبة في فهم الإشارات الاجتماعية أو السياقية التي توجه السلوك بصورة مناسبة. وصعوبات التوظيف الاجتماعي للغة قد تكون خفيفة جداً وقد تظهر فقط في صورة عدم القدرة على استخدام اللغة بصورة مناسبة لعمر الفرد ، أو صعوبة الإجابة عن الأسئلة أو وصف الأحداث ، أو صعوبات في المدرسة ، وقد تظهر كذلك في الذاكرة أو في صورة مشكلات معرفية ، مثل : صعوبة تخيل الأشياء التي لا يمكن رؤيتها. والأطفال الذين يعانون من صعوبات حادة في التوظيف الاجتماعي للغة غالباً ما يبدو عليهم الارتباك عندما تترك لهم حرية الاختيار ، عندما يُسألون أسئلة وعندما يعطون توجيهات ، وهم ربما يضيفون أشياء ، أو يتجنبون (أو يُتـَجنبون من قبل) الطلاب الآخرين بسبب عدم قدرة على القيام بعملية التواصل ، وكذلك بسبب

أنهم لا يفهمون سلوكيات الآخرين ولا يستطيعون التنبؤ بها ، وفهمهم لماذا يفعل الناس الأشياء قليل، وغالباً ما يصدقون الأشياء الشاذة .

- اضطراب المعالجة السمعية المركزية

A Central Auditory Processing Disorder (CAPD)

ويتضمن هذا الاضطراب قصوراً في تجهيز المعلومات الخاصة بالإشارات المسموعة وهو لا يختص بإعاقة حاسة السمع أو الإعاقة العقلية . وتظهر إعاقة المعالجة السمعية المركزية عندما لا يكون الدماغ قادراً على الفهم بصورة واضحة وعلى التذكر بشكل صحيح، أو يعالج المعلومات بصورة صوتية صحيحة. وهذا الاضطراب ربما يوجد كاضطراب أساسي أو اضطراب ثانوي مصاحب لاضطرابات الكلام وقصور الانتباه ، الديسليكسيا ..إلخ ، ولا يوجد سبب معروف بالنسبة لاضطراب المعالجة السمعية المركزية . وعلى أية حال ، فإن تكرر إصابة الأذن بالعدوى يمكن أن يكون أحد العوامل الأساسية.

- الاضطرابات اللغوية التطورية:

Developmental Language Disorders

يرجع السبب الرئيسي في اضطرابات اللغة التطورية إلى صعوبة في اكتساب اللغة، والتي تظهر في الأشكال التالية:

عدم نمو اللغة اللفظية :

ويضم أولئك الأطفال الذين بلغوا سن الثالثة ولا يظهرون أي أمارات لفهم اللغة أو إنتاجها، فبعضهم قد يكون أصماً خلقياً أو متعدد الإعاقة. بينما قد لا نستطيع تحديد إعاقة معينة لدى البعض الآخر منهم. ومثل هؤلاء الأطفال يصعب استخدام الاختبارات معهم، بسبب عدم قدرتهم على الانتباه والاستجابة للمهام أو المطالب في موقف القياس، فغالباً ما يتم تقويم مستوى نموهم العقلي والانفعالي على أساس أساليب الملاحظة المنظمة وغير المنظمة. وقد تكمن مشكلة بعضهم في المعالجة السمعية للكلام، ورغم ذلك فهم أصحاء بدنياً، وبوسعهم الاستجابة للمثيرات البصرية.

اضطراب الكفاءة اللغوية:

وتضم هذه المجموعة الأطفال الذين يمارسون كلاماً طفلياً في سن الثالثة والسادسة والذين لا يستطيعون ممارسة كلام الطفل العادي البالغ من العمر عامين فقط، فلديهم قواعد لغوية خاصة بهم (تختلف عن العادية)، ومع ذلك فهم لا يعانون من تأخر بسيط في اكتساب اللغة فحسب، بل أكثر من ذلك فقد اكتسبوا حصيلة لغوية معينة حتى الثالثة ولم يطرأ عليهم تغير يذكر بعد ذلك حتى السادسة، فقد يستطيع هؤلاء الأطفال تكرار ما يسمعونه دون إنتاج تلقائي للغة وبعضهم قد يفهم اللغة دون كلام، أو قد ينتج الكلام في صورة غير مفهومة، أو يفتقر إلى الترتيب أو التنظيم.

تأخر ظهور اللغة :

يضم هذا النوع أطفالاً يعانون من بطء معدل النمو اللغوي، حيث يمكن أن يظهر التأخر في واحد أو أكثر من مكونات اللغة: الصوتية والصرفية النحوية والدلالية والبراجماتية. وقد يشمل التأخر أيضاً جوانب أخرى مثل، المهارات الحركية، والتوافق الاجتماعي، والقدرة العقلية، وربما يكونوا من المعوقين عقلياً أو المتأخرين في النمو. وبصورة عامة يمكن وصف السلوك اللغوي للأطفال المتأخرين في الكلام على أنه يماثل السلوك اللغوي لأقرانهم العاديين ما عدا أنه غير مناسب لعمرهم الزمني. فالعلاقة بين الفهم والمحاكاة والإنتاج تماثل العلاقة بين هذه الجوانب لدى الأطفال العاديين، فهم يمرون بمراحل النمو اللغوي العادية، بيد أن لغتهم تماثل لغة الأطفال العاديين الأصغر منهم، ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي المحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

أسباب الاضطرابات اللغوية :

تتعدد الأسباب المؤدية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى شكل ما أو أكثر من أشكال الاضطرابات اللغوية، إذ ترتبط الاضطرابات اللغوية بأسباب نفسية، وأخرى جسمية، أو حسية، أو بإعاقة ما: كالإعاقة العقلية، أو السمعية أو صعوبات التعلم، وعلى ذلك يمكن تقسيم أسباب الاضطرابات اللغوية إلى الأسباب الرئيسة التالية.

ومن أهم الاضطرابات والعوامل التي تسبب حدوث تأخر أو اضطراب في اللغة:

ضعف أو فقدان السمع:

تختلف الاضطرابات اللغوية عند إصابة حاسة السمع في شدتها من طفل إلى آخر وذلك اعتماداً على عوامل وظروف عديدة من أهمها زمن حدوث إصابة السمع فهناك اختلاف في القدرات اللغوية بين الطفل الذي يولد مصاباً بفقدان أو ضعف في السمع وبين الطفل الذي يصاب بفقدان السمع بعد اكتساب اللغة أو اكتساب قدر معقول من القدرات اللغوية، ففي الحالة الأولى تكون مشكلة اللغة أشد .

ويعتمد الأمر كذلك على فعالية التدخل المبكر والتزود بالمعين السمعي الصحيح والملائم لمشكلة السمع فكلما كان هناك تدخل مبكر فعال وصحيح كلما تطورت القدرات اللغوية بشكل أفضل وتمكن الطفل من اكتساب اللغة والكلام والأداء التواصلي الشفهي بشكل جيد. ومن الأمور الأخرى التي تعتمد عليها شدة المشكلة اللغوية عند المصابين بحاسة السمع هي درجة وشدة فقدان السمع فالطفل الذي يعاني من ضعف بسيط في السمع لا يتجاوز مستوى ٤٠ ديسيبل يختلف عن الطفل الذي يعاني من فقدان السمع الشديد أو العميق والذي يتجاوز مستوى ٩٠ ديسيبل.

الأسباب العضوية: ***Organic Causes***

وهي مجموعة الأسباب العضوية والأمراض التي تصيب الأجهزة المسؤولة عن استقبال اللغة وإنتاجها مثل الجهاز العصبي، الجهاز السمعي، الجهاز التنفسي والجهاز الصوتي والجهاز النطقي، وتؤدي إصابة أي جهاز من هذه الأجهزة إلى حدوث اضطرابات لغوية.

الأسباب الوظيفية أو النفسية*Functional or psychological causes*

ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية خاصة تلك الأساليب القائمة على أساليب العقاب بأشكاله المختلفة وخاصة العقاب الجسدي، فلا غرابة أن نلاحظ العلاقة الارتباطية بين مظاهر الاضطرابات اللغوية كالتأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام وغيرها، وبين أساليب التنشئة الأسرية أو المدرسية، وقد أشارت بعض النظريات مثل نظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية إلى كيفية ظهور التأتأة لدى بعض الأفراد وكيفية تعلمها.

الأسباب العصبية **(** *Neurological causes* **)**

ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، وما يصيب ذلك الجهاز من تلف أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة، حيث يعتبر الجهاز العصبي المركزي مسؤولاً عن الكثير من السلوكيات ومنها اللغة ، لذلك فإن أي خلل يصيب هذا الجهاز لا بد أن يؤدي إلى مشكلات في النطق واللغة، وعلى سبيل المثال: تظهر الاضطرابات اللغوية بشكل واضح لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي *Cerebral palsy* وذلك بسبب وجود تلف في الدماغ *Brain Damage* ومما يدل على آثار الأسباب العصبية على المشكلات اللغوية حالة فقدان القدرة على النطق أو ما يسمى بالافيزيا أو الحبسة الكلامية **,** *Aphasia* والتي تعود إلى أسباب مرتبطة بتلف ما أو إصابة ما بالدماغ ، كذلك حالات صعوبة القراءة أو ما يسمى بالديسلكسيا *Dyslexia* وصعوبة الكتابة أو ما يسمى بالديسجرافيا *Dysgraphia* وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل **أجنوزيا***Agnosia*، وصعوبة تركيب الجمل من حيث القواعد اللغوية أجراماتيزم *Agramatism* ، إذ تمتلك تلك الحالات مظاهر رئيسية لصعوبات الاضطرابات اللغوية، وخاصة إذا لم يعاني المصاب من أشكال أخرى من الإعاقة كالإعاقة العقلية أو السمعية أو الانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي.

الأسباب المرتبطة بتدني القدرات العقلية: ***Low Mentality***

ويقصد بذلك أهمية القدرة العقلية (الذكاء) في النمو اللغوي للطفل حيث أثبتت كثير من الدراسات أن الذكاء له أثر واضح ودال على النمو اللغوي واتساع الحصيلة اللغوية، وقدرة الطفل على استخدام الكلمات بمهارة، وكذلك القدرة على فهم أحاديث الآخرين، وأشارت نتائج كثير من الدراسات إلى أن نمو اللغة لدى الطفل يتأثر زيادة أو نقصاناً بمستوى القدرة العقلية، وأن هناك علاقة بين مستوى الذكاء والنشاط اللغوي من حيث التعبير والنطق بالكلمات والحصيلة اللغوية لذلك نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني ، وفي هذا الصدد يؤكد جان بياجيه أن اللغة تنتج مباشرة من خلال نمو الطفل المعرفي وأن مقدرته على التطور العقلي تبدأ في نهاية مرحلة النمو الحسي الحركي، كذلك تنبثق اللغة في هذه الفترة الزمنية حوالي السنة الثانية من العمر .

الازدواجية اللغوية أو الثنائية اللغوية:

يختلف الباحثون فيما بينهم حول موضوع ازدواجية اللغة، بمعنى وجود أكثر من لغة في البيت، كأن يستخدم الأب لغة تختلف عن اللغة التي تستخدمها الأم وتأثير ذلك على نشوء اضطراب في اللغة عند الطفل، فهناك كثير من الدراسات تؤكد على عدم تأثر لغة الطفل عند وجود أكثر من لغة في المنزل. وبالمقابل هناك من الدراسات ما تؤكد أن وجود أكثر من لغة في محيط الطفل سوف يؤثر سلباً على تطور واكتساب اللغة، وذلك تبعاً لوجود اختلاف بين الأنظمة اللغوية المستخدمة في كل لغة مثل مبنى الجملة والقواعد الفونولوجية، وغير ذلك من المظاهر اللغوية وهذا الاختلاف سيؤثر على قدرة الطفل على اكتساب اللغة أو يتسبب في حدوث خلط بين اللغتين عند الطفل، وبالتالي فقدانه القدرة على اكتساب اللغة. ونحن بدورنا نشير إلى أن وجود أكثر من لغة في محيط الطفل سوف يؤثر بالتأكيد على الطفل الذي لديه استعداد لحدوث الاضطراب اللغوي، ومن واقع خبرتنا العملية لاحظنا أن هناك أطفالاً تأخروا في اكتساب اللغة أو اكتسبوا اللغة بشكل غير سليم فقط بسبب وجود أكثر من لغة داخل البيت أو أن تكون اللغة المستخدمة في الحضانة(أو الروضة) الملتحق بها الطفل تختلف عن اللغة المستخدمة في البيت. والنصيحة الممكن تقديمها للقارئ هنا هي الاكتفاء بتعليم الطفل لغة واحدة عند ملاحظة وجود تأخر أو اضطراب في اكتساب اللغة مهما كان هذا الاضطراب بسيطاً، والانتقال إلى تعلم اللغة الأخرى عند تمكن الطفل من اكتساب اللغة الأم.

العوامل الوراثية والتأخر اللغوي:

توجد الاضطرابات بشكل أكثر عند الأطفال الذين عانى أحد والديهم من اضطراب لغوي أو كلامي في سنيّ الطفولة المبكرة، وكذلك في الأسر التي يوجد فيها أشخاص لديهم اضطرابات في اللغة والكلام، فهناك دراسات تشير إلى اكتشاف جينات لها علاقة بالتأخر اللغوي عند الأطفال. مثل الولادة المبكرة.

تأثير البيئة:

من المعروف أن الاستعداد الفطري لاكتساب اللغة لا يُمَكِن الطفل وحده من تعلم واكتساب اللغة فهناك حاجة لوجود بيئة محفزة تساعد الطفل على اكتساب اللغة. فالطفل الذي يعيش في بيئة تساعده على اكتساب اللغة وتزوده بالمعارف والخبرات والمعلومات اللغوية سيكتسب اللغة والكلام بشكل

أسرع وأفضل بكثير من الطفل الذي لا يتعرض للخبرات اللغوية بدرجة كافية.

عوامل وظروف أخرى:

إضافة إلى ما سبق ذكره هناك عوامل وأسباب أخرى وراء الاضطرابات اللغوية عند الأطفال أو سبب تأخر الطفل في اكتساب اللغة، إلا أن آلية عمل وتأثير هذه العوامل غير واضح على وجه التحديد. فعلى سبيل المثال لاحظت بعض الدراسات وجود حالة التأخر في اكتساب اللغة عند التوأم المتشابه أكثر من التوأم غير المتشابه، وعزت هذه الدراسات السبب في ذلك إلى أن الوالدين يتكلمان مع طفل واحد فقط في حالة التوأم المتشابه، والطفل الآخر لا يحصل على الخبرات اللغوية الكافية .

الخصائص العامة للأطفال المضطربين لغوياً:

يظهر الطفل المضطرب لغوياً أنماطاً لغوية مختلفة عن الطفل الطبيعي من خلال بعض الجوانب، بحيث يصبح هذا الاختلاف صفات تميز الطفل المضطرب لغوياً عن غيره من الأطفال ومن هذه الخصائص:

ضعف اللغة الاستقبالية *Low Receptive Language* والتي من أهم سماتها:

أ. فشل الطفل في فهم الأوامر التي تلقى عليه بواسطة من يكبروه سناً وبالتالي عجزه عن التعامل معها ، وذلك كأن يطلب إلى الطفل إحضار شيء، فيستجيب الطفل بصورة يظهر من خلالها انه لم يفهم ما طلب منه وحتى يعتبر هذا السلوك أو التصرف مؤشراً على التأخر اللغوي فيجب أن يكون سلوكاً متكرراً، وغير مرتبط بموقف معين أو بموقف بدون أخر.

ب. ظهور الطفل وكأنه غير منتبه (ضعف في الاستجابة للآخرين) ويبدو للآخرين انه لم يسمع ما يطلب منه علماً بأن سمعه طبيعي.

ج. إظهار الطفل صعوبة في فهم الكلمات المجردة.

د. قد يخلط الطفل مفهوم الزمن، كأن يقول " ذهبنا إلى السوق غداً ".

ضـعف اللغـة التعبيريـة *Low Expressive Language* ، ومـن أهـم سماتـها:

١- يظهر الطفل مقاومـة للمشـاركة فـي الحـديث أو الإجابـة عـن الأسئلة ، حيث يرفض الطفل الكلام عندما يطلب إليه ذلك.

٢- المحدودية في عدد المفردات التي يستخدمها الطفل ، وكذلك اختصـار إجاباته على عدد معين من الأنماط الكلامية في كل كلامـه، واستخدام مفردات غير مناسبة.

٣- عـدم القـدرة علـى استيعاب التعليمـات اللفظيـة ، وبالتـالي اتبـاع هـذه التعليمات.

٤- عدم القدرة على مطابقة الآخرين بالأصوات.

٥- يكـون كـلام الطفل غيـر ناضـج ، بحيـث يظـهر كلامـه أقل من عمره الزمنـي.

٦- عـدم قـدرة الطفل علـى استغلال خبراتـه السـابقة، بحيـث يظـهر كلامـاً متقطعاً.

٧- إظهار تكوين مفاهيم ضعيفة ، وبالتالي يكون كلامه أقل من عمره.

٨- صعوبة في إيصال الرسالة للآخرين .

٩- صعوبة في التعبير عن الحاجات الشخصية.

ضعف الكفاءة التواصلية: *Communication of Low Competency*

حيث أن الطفل الذي لا يستطيع التعبير عن نفسه أو يفهم ما يدور بين الآخرين أو التواصل معهم بسبب اضطراب في لغتـه وتخاطبـه مـع الآخـرين، قد يؤدي به ذلك إلـى الوقـوع فـي العديـد مـن المشـكلات التـي مـن بينـها تجنـب المستمعين له أو تجاهلـه، أو الابتعـاد عنـه بسـبب صـعوبة التواصـل والتعامـل معه، وعدم قدرتهم على فهمه، ومن ثم استجابتهم لـه بصـورة غير مناسبة، مما يؤدي إلى حدوث حالة من الارتباك بينهم وبينه، مما يترتب عليه إخفاق الطفل أو فشله في التواصل مع الآخرين وممارسـة حياتـه الاجتماعيـة بشكل طبيعـي وبالتالي عدم تكيفه مع بيئته.

ضعف الأداء المعرفي والأكاديمي *Low Cognitive-Academic performance* :

سواء أكانت اللغة لفظية أو غير لفظية (اشارية) فهي أساس المعرفة فالأطفال الذين يعانون من إضطرابات لغوية وخاصة خلال سنوات ما قبل المدرسة يعانون من صعوبات في إتقان القراءة والكتابة في سنوات المدرسة الابتدائية ، فالقدرة على النجاح في القراءة تتطلب قدرات مبكرة لالتقاط الأصوات، ومقابلة الأصوات، وتحديد أجزاء الصوت في الكلمات وأشباه الجمل وإنتاج الإيقاع ، أما الطلبة الذين لا يمتلكون وعياً في الوحدات الصوتية فهم معرضون للفشل القرائي ، وعلاج ذلك يتطلب تعليمات محددة في تعليم الوعي الصوتي وتقطيع الأصوات ، وهو بحد ذاته مطلب ضروري لتعلم القراءة لاحقاً.

ضعف الكفاءة النفسية والاجتماعية:

قد تظهر على الطفل المضطرب لغوياً سمات نفسية واجتماعية ووجدانية تتمثل في مشكلات في التعامل مع أصدقائه كالعدوانية أو الوحدة والخجل والخشية من الاختلاط، أو اختيار أصدقاء له ممن هم أقل من عمره الزمني بسبب مستواه اللغوي الأدنى من رفاقه، حيث أن تطور شخصية الفرد ونضجه الاجتماعي في المجتمعات عامة يعتمدان بشكل كبير على مهارات التواصل، وعلى التفاعل الاجتماعي الذي يتكون عن طريق تفاعل الأفكار بين إثنين أو أكثر من الأفراد وتعتبر اللغة أكثر الطرق سهولة ومناسبة في نقل الرسائل بين الأفراد في مجتمعات السامعين كذلك، إن افتقار الفرد في أي مجتمع من المجتمعات لمهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، وضعف مستوى قدراته وأنماط تنشئته الأسرية يعود إلى عدم بلوغه مستوى النضج الاجتماعي المناسب لعمره الزمني .

الأساليب التشخيصية لاضطرابات اللغة:

عندما يوجد شك في أن طفلاً ما يعاني من اضطراب في اللغة ، فإن التقويم التشخيصي للحالة يتضمن استخدام اختبارات موضوعية وأخرى ذاتية لتقويم مهارات الطفل في استيعاب الألفاظ واستخدامها ، والتراكيب اللغوية وقواعد التشكيل والصرف ، بالإضافة الى الاستخدام الكلي للغة في مواقف التواصل الشخصي ومواقف حل المشكلات. ونظراً لعدم وجود اختبار واحد

يمكن أن يوفر جميع البيانات المطلوبة ، فإنه يصبح من الضروري في هذه الحالة استخدام بطارية من الاختبارات التي تضم عدداً من الاختبارات المتنوعة لتقدير جميع مظاهر الأداء الوظيفي اللغوي عند الطفل .

تقويم وتشخيص اضطرابات النطق:

سوف نستعرض فيما يلى بعض هذه الوسائل والأساليب:

١. المسح المبدئى (الفرز) لعملية النطق *Articulation Screening :*

تستخدم وسائل الفرز – غالباً – فى المدارس العامة للتعرف على الأطفال ممن لديهم اضطرابات نطق خلال مرحلة رياض الأطفال ، والسنوات الأولى من المرحلة الإبتدائية ، ومن ثم يمكن تحديد أسبابها فى وقت مبكر ، فتقدم برامج التدريب المناسبة لتلافى تطورها مع الأطفال ، وتحويل الحالات الشديدة إلى أخصائى علاج اضطرابات النطق والكلام لتلقى العلاج المناسب . وتتضمن هذه العملية فحص الأطفال – من قبل المتخصصين – قبل إلتحاقهم بالمدرسة حيث يلاحظ كلام الطفل أثناء الحديث العادى ، مع التركيز على عملية النطق والكلام بصورة عامة ، وكفاءة الصوت ، وطلاقة الكلام ..... إلخ. ونظراً لأن كثيراً من الصغار يحجمون عن الكلام بحرية أمام الغرباء ، لذلك يتحتم على أخصائى علاج اضطرابات النطق والكلام إعداد الظروف الملائمة التى تشجع الطفل على الكلام مع قصر مدة المقابلة ، وربما يستعين بجهاز تسجيل صوتى فى هذا الصدد. ويلزم أثناء الفرز التركيز على أصوات الكلام التى يشيع اضطراب نطقها لدى الصغار مثال ذلك أصوات (ل، ر)، (س ، ش) ، (ذ ، ز) ، (ق ، ك) التى يشيع فيها إبدال الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق دون التركيز على أسبابها أو كيفية علاجها. ومن الضرورى هنا تمييز الأطفال ممكن يعانون من اضطرابات مؤقتة يمكن أن تعالج مع نموهم وأولئك الذين يعانون من إضطرابات تحتاج إلى علاج متخصص . وهنا يلزم إشتراك أولياء الأمور فى عملية الفرز ، مع إقناعهم بضرورة تحويل أطفالهم للعلاج إذا لزم الأمر . كما يمكن إعداد وسيلة (مقياس) تتضمن بعض الكلمات والجمل التى يطلب من الطفل نطقها ، أو يتم تحليل كلامه للتركيز عليها أثناء عملية الفرز.

٢ - تقويم النطق *Articulation Evaluation* :

نظراً لأن نطق الأصوات بصورة صحيحة وما يقترن بها من ممارسة عملية الكلام بصورة سليمة كل ذلك ييسر إتمام عملية التواصل ، فإن أى تقويم رسمى للنطق لابد وأن يبدأ بمحادثة فعلية مع الطفل . وقد تجرى المحادثة بين الأطفال وبعضهم البعض أو بين الطفل والوالدين ، أو بين الطفل والإختصاصى . وتتضمن معظم عيادات الكلام غرفة خاصة بها ألعاب ومرآة حادة الإتجاه تتيح إمكانية ملاحظة الطفل فى موقف تفاعل طبيعى قدر الأمكان . وغالباً ما توضح المحادثة التلقائية بين الأطفال طريقة كلامهم وخصائصه . وبالنسبة للكبار يمكن أن يطلب منهم التحدث فى موضوع ما بحيث تتاح لأخصائى علاج اضطرابات النطق والكلام فرصة معرفة خصائص النطق لديهم من حيث الصوت ، واللغة والطلاقة .... ويمكن الإستفادة من هذه المحادثات لإستخلاص نتائج مهمة حول نطق الطفل وكلامه وطبيعة الإضطراب الذى يعانيه ، وعدد الأخطاء ، والأصوات التى يكثر فيها الإضطراب ..... ورغم ذلك فقد لا يستطيع معرفة كل شىء عن إضطرابات النطق لدى الطفل ، وبالتالى يلزم إتخاذ إجراءات أخرى لمزيد من التقويم والتشخيص لحالته.

٣- إختبار السمع والإستماع *Hearing and Listening Test*

يعد قياس السمع وتخطيطه جزءاً أساسياً من عملية تقويم اضطرابات النطق حتى لو إستخدم كمقياس فرز عادى . كما أن دراسة تاريخ حالة الطفل توضح مشكلات السمع التى مر بها خلال نموه .

وهنا يجب التركيز على قدرة الطفل على التمييز بين الأصوات ، ويمكن الإستعانة فى ذلك بوسيلة تتضمن صوراً يشير إليها الطفل عند سماع الكلمات أو كلمات ينطقها تتضمن أصوات متشابهة (س ، ص ، ذ ، ز) وكلمات تتشابه فى بعض الحروف وتختلف فى البعض الآخر مثل :

أ - أمل ، عمل .
ب – بطة ، بطل ، طيب .
ت - صوت ، توت ، بوت ، فوت ، قوت ، موت.
ر - راح ، برز ، صبر ، رجل ، مريم ، كبير ، صغير.
ل - لمح ، ملح ، جمل.
ق - قال ، مقلة ، خلق ، فلق.

ك - كبير ، أكبر ، كرم ، أكل ، ملك.
ز - زائر ، أزير ، أرز.
ذ - ذئب ، ذنب ، يذوب ، كذب.
س - سار ، يسار ، مارس.
ش - شجر ، أشرق ، يرش.
خ - خروف ، مختلف ، خرج ، بخار ، كوخ.
ج - جمل ، يجرى ، خرج ، جميل ، يجرح ، فرج.
ث - ثأر ، آثار ، إرث
ف - فأر، فراش ، يفوز ، أنف ، فاز ، فرن ، يفر، يفرم.
ح - حرف ، حار ، أحمر ، دحرج ، جرح ، مرح ، فرح.
ي - ياسمين، ياسين، يوسف ، يسري .

٤- مقياس النطق *The Articulation Inventory* :

عبارة عن وسيلة أو أداة تساعد فى التعرف على أخطاء عملية تشكيل أصوات الكلام ، وكذلك موضع الصوت الخطأ فى الكلمة (البداية ، الوسط ، النهاية) ونوع الاضطراب (حذف ، إبدال ، إضافة) . وهنا يمكن أخذ فكرة وصفية عن إضطرابات النطق لدى الطفل ، كما يمكن تحويلها إلى تقديرات كمية توضح مقدار الإضطراب ومعدله.

٥- اختبار القابلية للإستثارة *Assimilability Test* :

خطوة مهمة فى تقويم إضطرابات النطق ، وتتضمن تحديد قدرة الطفل على نطق الصوت المضطرب بصورة صحيحة ، عندما يتكرر عرضه عليه (سمعياً وبصرياً ، ولمسياً) فقد تبين أن تكرار عرض الصوت على الطفل فى صور مختلفة يعمل على استثارته ودفعه إلى نطقه بصورة صحيحة . كما أتضح أن الأطفال القابلين للاستثارة أكثر قابلية للعلاج من أقرانهم غير القابلين لها . وهكذا فبعد الانتهاء من تطبيق مقياس إضطرابات النطق على الطفل ، يتم اختيار بعض الأصوات لاختبار قابلية الطفل للاستثارة أى قدرته على نطق تلك الأصوات بصورة صحيحة. ويمكن اختبار القابلية للاستثارة على عدة مستويات ، يمثل أعلاها قدرة الطفل على تصحيح نفسه ونطق الصوت بصورة صحيحة تلقائياً ، أما أدناها فيتضمن قيام المعالج بتصحيح الصوت للطفل . وفى المستوى الأول يطلب المعالج من الطفل محاولة نطق الصوت مرة أخرى مع حثه على تصحيحه ذاتياً، وإذا لم يستطع ، هنا يقوم

المعالج بنطق الصوت صحيحاً ويطلب من الطفل تكراره بعده. وإذا أخفق الطفل فى ذلك يقدم له المعالج بعض التنبيهات البصرية (مثل التركيز على الشفاة) كى يتعلم النطق الصحيح . وإذا أخفق الطفل هنا أيضاً يطلب منه المعالج نطق الصوت (المضطرب) منفصلاً أو متصلاً بحرف متحرك (أ) مثلاً (را ، را، را ، را) ويمكن إضافة تنبيهات لمسية هنا أيضاً . وكل ذلك بغرض تحديد قدرة الطفل على تشكيل الصوت ، ومقدار المساعدة التى يحتاج إليها فى هذا الصدد.

٦- الإختبار المتعمق ***Deep Test*** :

قد يصعب تحديد قدرة الطفل على نطق الصوت صحيحاً من خلال القابلية للاستثارة ، وحينئذ يلزم إختباره بصوره متعمقة لمزيد من التحديد ويعتمد الاختبار المتعمق على عدة نظريات حركية لإنتاج الكلام . فقد تأكد أن الصوت المفرد يوجد فقط فى قائمة تقدير درجات إختبار النطق ، حيث يتم فحصه سواء كان ساكناً أو متحركاً دائماً فى إتصاله (مركب) مع صوت آخر وذلك لتكوين مقطع صوتى . أى أنه لا يمكن عزل الصوت الواحد بمفرده أبداً أثناء الأختبار .

وتنص نظرية النطق المشترك على أن الصوت الواحد لا يمكن أن ينطق مستقلاً أو يختص بحركات مستقلة ولكنه يتأثر بالأصوات السابقة عليه واللاحقة له. فعلى سبيل المثال عند نطق أصوات كلمة " مشروب " نجد أن الشفتين مغلقتين لنطق صوت (م) ، ثم تفتح لنطق الشين واللسان مستوى ، ثم يرتفع اللسان لنطق (ر) وتضم الشفتان لنطق (و) ، ثم تغلق مرة أخرى لنطق (ب) واللسان متجه إلى قاع الفم. وحيث أن الأصوات تنطق بسرعة فإنها تتداخل مع بعضها فى سياق معين. ولذلك نجد بعض المقاييس مثل مقياس مكدونالد (*McDonald 1964*) يستند إلى قاعدة مؤداها أن كل صوت ينطق يتأثر ويتداخل مع الأصوات الأخرى ، ومن ثم يتضمن الاختبار أزواجاً من الصور ويهدف الاختبار إلى تحديد الظروف المهيئة كى يقوم جهاز النطق بالحركات اللازمة لنطق الأصوات بطريقة غير صحيحة . ويعتمد كثير من الاخصائيين على تطبيق مقياس النطق ، ثم تحديد الأصوات المضطربة ويتم إخضاعها لعملية القابلية للإستثارة ، وإذا أخفق ذلك فى جعل الطفل ينطق الصوت بصورة صحيحة يتم إخضاعه للقياس المتعمق . ومن النادر أن نجد طفلاً يعانى من إضطرابات نطق (سواء وظيفية أو عضوية).

٧- فحص إجزاء جهاز النطق:

تتضمن ممارسة الكلام اشتراك أجزاء جهاز النطق ، وتتطلب ضرورة سلامتها كى يتم نطق الأصوات من مخارجها الصحيحة . لذلك يجب فحص أجزاء جهاز النطق جيداً لمعرفة مدى كفاءة أجزائه فى القيام بوظائفها المختلفة وخاصة فى عملية النطق . ويفضل إستخدام بطاقة فحص أو قائمة لتسجيل نتائج الفحص ، كى يتم الاحتفاظ بها فى ملف الطفل والرجوع إليها عند الحاجة والاعتماد عليها أثناء العلاج ، وربما تحويل الطفل لعلاج أى جزء يتضح من الفحص أن به خلل عضوى.

الخصائص اللغوية للمتخلفين عقلياً :

لقد أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو اللغوي عند المعوقين عقلياً ومقارنتها بمظاهر النمو اللغوي عند الأطفال العاديين، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله . فأكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوية وضعف بناء القواعد اللغوية، وتبقى شيوع مشكلات اللغة عند المعوقين عقلياً اكثر منها عند العاديين . وقد أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين درجة الإعاقة العقلية ومظاهر الإضطرابات اللغوية فالأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم. بينما نادراً ما تخلو لغة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والبسيطة من اضطرابات لغوية ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون أصواتاً وألفاظاً غير مفهومة وكلامهم يعوزه الوضوح والمعنى والترابط . كما تبين الدراسة أن النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً يتم وفقاً لأسس ومراحل متشابهة، إلا أن الاختلاف يكون في معدل النمو، حيث أن المعوقين عقلياً أبطأ من العاديين في اكتسابهم اللغة . وتبين الدراسات أن الأضطرابات اللغوية متوقعة عند الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، إلا أن نسبة شيوع تلك الإضطربات أعلى لدى المعوقين عقلياً منها لدى الأفراد العاديين. ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والإضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريب أو علاجي مناسب، ويتم ذلك عادة من خلال إتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً.

الضعف العقلي وعلاقته بتأخر الكلام :

تؤكد الدراسات الطبية والتربوية إلى أن أي شكل من أشكال الضعف العقلي يؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم، الأبكم وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيداً، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم، وهناك شكل ثالث لتأخر الكلام لدى ضعاف العقل يظهر في شكل تعذر الكلام باللغة المألوفة التي تعودنا عليها، بل نجده يستخدم لغة خاصة ليست لمفرداتها دلالة أو معنى ، وقد تثير هذه المفردات الضحك والسخرية، وتتفاوت درجة التخلف اللغوي والكلامي حسب درجات الضعف العقلي، مثلاً هناك طفل متخلف عقلياً لا يستطيع التمييز بين يده اليسرى ويده اليمنى، أو بين قطع النقود أو أي شيء آخر، وقد يتعذر عليه فهم تعليمات إختبار ما، كما يلاحظ بوضوح ظاهرة الحذف والقلب والإبدال في الكلام، وتداخل المقاطع واستخدام ألفاظ لا علاقة لها بالموقف، مع تدخل عملية التنفس في عملية الكلام .ويلاحظ لدى بعض الحالات من التخلف العقلي كما هو الحال لدى الأطفال القزم - الكثم - والمنعزلين عدم نضج لغوي مع سوء الطريقة في إخراج الحروف، مع تراخي في الأداء وبطء شديد، ولابد من معالجة الناحية العقلية والجسمية قبل معالجة الناحية الكلامية في مثل هذه الحالات .

إن الفرد المعاق عقلياً لابد وأنه يلاقي صعوبات في استخدام اللغة بوصفها عنصر الاتصال بين الفرد والمجتمع، وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك تطور نسبي يطرأ على لغة الضعيف عقلياً بحيث تصبح هذه اللغة أقرب إلى الواقع الذي يعيشه الفرد الضعيف عقلياً، ولوحظ أن مفردات الضعيف عقلياً تتمحور حول الأشياء الحسية والملموسة، ولوحظ بأن بعض ضعاف العقول ينزعون في لغتهم إلى التلاعب بالألفاظ دون القدرة على إبلاغ الرسالة. وتؤكد بعض الدراسات إلى أن مستوى التفكير المنطقي هو الذي لا يتطور بسهولة لدى الفرد المعاق عقلياً، وهذا ما يجعلنا ندرك السبب في عجز الضعيف عقلياً في فلك الرموز الغوية وفهمها، وصياغتها بشكل صحيح حتى يتمكن من إبلاغها للآخرين وكذلك يعجز عن التعبير عن المفاهيم والمعاني

التي تتجاوز المحسوسات وتصبح اللغة بالنسبة للضعيف عقلياً عائقاً لا يمكنه من التعبير عن حاجاته وميوله ومشاعره .

ومن المعروف عن الضعيف عقلياً أنه يميل إلى استخدام القوالب الكلامية الجاهزة، وقد أكدت على هذه الصفات اللغوية لدى المعاق عقلياً مجموعة من الدراسات ومن بين هذه الدراسة دراسة تم فيها مقارنة ثلاث معاقين عقلياً أعمارهم (٦، ١٢، ١٤ سنة) ومتوسط ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) بثلاثة أطفال عاديين أعمارهم (٦-٨-١٠ سنوات) والذكاء عندهم حوالي (١٠٠)، وانتهت هذه الدراسة إلى وجود هذه القوالب اللغوية الجاهزة لدى المعاق عقلياً. وقد أجريت في الفترة الأخيرة دراسات ركزت على دراسة التراكيب اللغوية لدى حالات الضعف العقلي الشديد وقد تبين أن اللغة هي أعمق النواحي إصابة بالنسبة لمختلف العمليات العقلية، وتتسم اللغة- بالعسر، والصعوبة، والارتباك، ورصيد ضعيف في المفردات يقتصر على تسمية الأشياء المحسوسة، أما التراكيب الكلامية فهي أشد مظاهر الكلام إضطراباً . إن مثل هذه الدراسات أعطت الأمل للمعاقين عقلياً الذين يعتبرون أفراداً لا يرجى منهم فائدة إلى تحسين مستواهم اللغوي، وقد قامت دراسات تتعلق بكتابة المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة ودور الخط في تحسين مستوى اللغة.

الإعاقة العقلية وعلاقتها باللغة:

طفل عرض داون ليس الوحيد الذي يعاني من مشاكل في اللغة بل كثير من الأطفال لديهم مشاكل في اللغة وليسوا من الأطفال الداون. وإن مراحل التطور الطبيعي بالنسبة لأطفال الداون تبدو مماثلة لمراحل التطور الطبيعي للأطفال العاديين، ولكن لديهم بعض المناطق التي تتميز بالصعوبة، والتي تتلخص فيما يلي:

- اللسان :

كما نعرف قد يكون حجم اللسان كبير بالنسبة للفراغ الذي يجب أن يشغله ويميل لأن يكون له طرف دائري وليس مدبباً . تمارين اللسان مملة بما تعنيه كأسلوب مباشر لتمارين الكلام .

- الشفاه :

نفخ الفقاعات بواسطة لعابهم مع جعل شكل الوجه في وضع التقبيل- وينمو هذا عادة بشكل طبيعي. توسع في هذا الموضوع عن طريق نفخ فقاعات الصابون في الحمام فنفخ قطع من الورق على المائدة في صورة سباق... الخ وذلك لزيادة حركة الشفاة.

- الأصوات:

أغلب الألعاب تحتوي على أصوات بدلاً من الأصوات العادية يمكن عمل صوت طبلة أو مسدس أو فقعات، عربات ، كل الحيوانات لها أصوات ويمكن تقليد هذه الأصوات لإعطاء الطفل إذن مستمعة لأصوات الكلام.

- اللغة :

عند تحدثك مع طفلك، تذكر أن ثرثرة أهل البيت العادية غير المنظمة سوف تؤخر ولن تساعد، والتحدث مع الطفل يعني الكلام مع الطفل نفسه كلاماً مباشراً وليس الكلام غير المباشر. الطفل الداون يجد صعوبة كبيرة في التفرقة بين المباشر والغير مباشر في الكلام وسوف يصبح مشوشاً بسهولة.

علاج النطق عند المتخلفين عقلياً:

يتميز الطفل الضعيف عقلياً بقصور النواحي اللفظية لديه، ولما كانت اللغة تحتل مكاناً كبيراً في عملية التوافق فإن الطفل يجسد صعوبة في توافقه الاجتماعي ولذلك فإن علاج عيوب النطق والكلام وعلاج اللغة لديه يؤدي بالضرورة إلى زيادة توافقه النفسي والاجتماعي ولا تختلف عيوب النطق والكلام عند المتخلفين عقلياً عنها لدى الأسوياء في الذكاء، إلا أن نسبة انتشارها بين المتخلفين أكثر منها عند الأسوياء وكلما زادت درجة التخلف العقلي زادت شدتها. ولاشك أن البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المتخلفين عقلياً لها فوائدها .

وقد أوضح كثير من الباحثين أن هذه البرامج العلاجية يكون لها فائدة محققة، ولكن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل أنه اتضح أن العوامل البيئة المختلفة تؤثر بالإيجابية أو السلبية في قيمة العلاج، حيث يؤدي علاج النطق إلى الوافق الاجتماعي للفرد فالمعالج يصحح الكلام ويعطي الطفل

فرصــة للتفـاهم مـع الغيـر والتعبيـر عـن أفكـاره ومشـاعره وتنميـة مفرداتـه، ويوضـح لـه المفـاهيم والكلمـات وبـذلك يصـل الطفـل فـي النهايـة إلـى تحسـين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام ونمـو اللغـة هـو إمكانيـة إدمـاج النشـاط اللغـوي فـي المواقـف المختلفـة التـي يتعرض لها الأطفال في الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم.

وهناك ما يعرف بالبروفيل النفسي اللغوي والذي يعطي صوره كامـة عن النطق والكلام والنمو اللغوي عند الطفل، ومن دراسة البروفيل النفسي اللغوي يمكن رسم خطة علاجية لتقوية مواطن الضعف اللغوي عند الطفل. هذا وقد استحدث ***Dann*** برنامجاً لغوياً يتكون من ١٨٠ درساً للعناية بكل النـواحي اللغويـة وتنميتهـا بطريقـة منطقيـة وتسلسلية، هـذه الـدروس تضـمن صـوراً للمشـاهدة وأحاديـث وأسـئلة مسـجلة وقصـص. ويسـمى الجهـاز باسـم جاهز بيبودي لتنمية النواحي.

الشروط الواجب مراعاتها عند تعليم النطق للطفل :

- أن تكـون الكلمـات أو الجمـل مقرونـة بالوسـائل التعليميـة التـي تـدل علـى مدلولها ومعناها بصورة واضحة.
- أن يراعي تكرار استعمال الكلمات مقرونة بوسائل الإيضاح اللازمة حتى تتم عملية الربط بين الكلمة ومدلولها.
- إتاحـة الفرصـة للطفـل لـتعلم كلمـات مختلفـة حـول موضـوع معـين مثـل الطيور. الحيوانات.. الملابس.. ليدرك الطفل معاني الكلمات.
- يمكن استغلال هذه التدريبات في إعداد الطفل للقراءة بحيث تكون وسيلة الإيضاح مقرونة ببطاقة مكتوب عليها اسم الشيء نفسه .
- توفير وسائل ثقافية في المدرسة لزيادة خبرات الطفل وأفكاره ومساعدته على التعبير عن هذه الأفكار بالنطق.

الإجراءات التدريبية :

- الضبط والمراقبة الذاتية من قبل الطفل نفسه .
- التمييز بين لفظ الطفل لأصوات الحـروف أو الكلمـات وبـين لفـظ الآخـرين لنفس الأصوات لكي يدرك الفرق ثم يحاول تصحيح نطقه.
- يجب أن يكون المعالج أو مدرب النطق نموذجاً مناسباً من الناحية اللغوية.

دور المعلــم :

- على المعلم أن يكون واعياً بألفاظ ونطق تلاميذه الصحيحة والخاطئة .
- مراعاة الفروق الفردية اللغوية .
- الاستفادة من وسائل النطق بالوسائل التعليمية .
- مراعــات مهــارات تعلــيم الأطفــال فيمــا يتعلــق باســتخدام الإيمــاءات أو الإشارات أو النماذج الكلامية.

الإرشادات المتعلقة بالأسرة :

- يجب رعاية النمو اللغوي عند الطفل ورعايته وإتاحة الفرصة لمخاطبته، ويجب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف .
- يفضل عدم تصحيح الأخطاء اللغوية .
- تشجيع الطفل على الكلام والتحدث والتعبير بطلاقة والاهتمام بالصور والرسومات .
- العمل على متابعة مراحل نموه اللغوي بشكل صحيح.

برنامج تدريبي لعلاج تأخر اللغة عند الأطفال

المحور الأول

الجلسات الخاصة بالتهيئة

المرحله قبل اللفظية (من شهرين وحتى سنة) :

التحدث عما يلفت نظر الطفل مما يدور حوله في البيئة المحيطة مع بدء التنبيه لأي محاولة من جانب الطفل للتعبير عن نفسه. والتحدث عن الأحداث اليومية مثل تغيير الملابس والاستحمام . وهكذا بحيث تكون الجمل بسيطة وواضحة واستخدام بعض الأصوات لربط الصوت بمصدره والتعرف على اسم المصدر مثل صوت الحيوانات ، واستخدام بعض الإشارات المصاحبة للحدث وذلك لتسهيل نقل المعني المطلوب مثل إشارة باي باي عند الخروج وتعريف الطفل بالأشكال والألوان التي يستعملها في حياته اليومية . يمكن استخدام الصورأو الألعاب التي تمثل المجموعات المضمونة المختلفة مثل أدوات المطبخ – الحيوانات – أنواع الملابس وأنواع الطعام - مع تشجيع الطفل على الإشارة وتسمية المجموعات . ويجب مراعاة عدم إجبار الطفل على تكرار ما تقوله الأم مثل قول سيارة وهكذا . تقليل الأسئلة المباشرة مثل ما هذا؟ أو الإصرار على الحصول على استجابة فورية من الطفل .

المرحلة اللفظية (من سنة لما فوق)

استخدام جمل واضحة وسهلة عند التحدث مع الطفل عن الأحداث اليومية التي يقوم بها مثل الاستحمام و الطعام . وتكرار ما يقوله الطفل مع تصحيحه إذا كانت هناك بعض الأخطاء النحوية أو الأخطاء في النطق . وتكرار ما يقوله الطفل مع إطالة الجملة (الطفل يقول ميه – انت تقولي : عاوز ميه – أحمد يشرب ميه. والحديث عن المجموعات المختلفة مثل أدوات الطعام – وسائل المواصلات – أعضاء الجسم – الحيوانات – الملابس – وغيرها مع توضيح استخدام كل منها. وعند تعلم الطفل كلمة جديدة يجب إعطاء الطفل التعزيز المناسب لها . وإعطاء الطفل إحساس أن كلامه مسموع ومفهوم حتى لو كان غير ذالك. والتوقف لمدة بسيطة بعد الكلام مع الطفل وذلك لإعطائه الفرصة للمشاركة في الحوار. وإستخدام اللغة الأم (اللغة التي يتفاعل بها جميع أعضاء الأسرة داخل المنزل) أثناء التحدث مع الطفل وتعليمه وتجنب إستخدام اللغة الإنجليزية أو اللغة العربية الفصحى حتى لا يتشتت الطفل ويمتنع عن الكلام نهائياً.

المحور الثاني
برنامج التأهيل اللغوي
(التدريبات اللغوية المباشرة)

يجب أولاً تصحيح المشاكل السمعية " العصبية " البصرية أو أي سبب للتأخر اللغوي . ثم نقوم بتنشيط عام للغة من خلال الخطوات التالية.

التحكم في انتباه الطفل:

المرحلة الأولى:

وفي هذه المرحلة يتم مساعدة الطفل للتركيز وشد الانتباه إلى الشيء المفضل لديه سواء سمعي أو بصري (يفضل أن يترك للطفل حرية الاختيار) ثم الانتقال تدريجياً إلى المرحل التالية.

المرحلة الثانية:

يصبح المعالج جزء من الهدف (اللعبة) ويدخل بالتدريج تعديل على انتباه الطفل ليتجه قليلاً بعيداً عن الشئ الذي يثير انتباهه حتى يستجيب للمعالج.

المرحلة الثالثة:

مازال الطفل لا يستطيع التحكم في تركيز انتباهه ويحتاج إلى تدخل الكبار لتوجيه انتباهه من نقطة إلى أخرى ويجب مكافئة الطفل إذا قام بذلك .

المرحلة الرابعة:

يستطيع الطفل في هذه المرحلة التحكم في الانتباه ولكن مازال أحادى الاتجاه أى لا يستطيع الجمع بين الانتباه السمعي والبصري. ولذلك يجب إعطاء الطفل الوقت الكافي لتحويل انتباهه.

المرحلة الخامسة والسادسة:

في هذه المرحلة من الاستعداد للمدرسة والتي يكون الطفل فيها قادر على ربط التوجيهات اللفظية بما يقوم به عملياً بدون الحاجة الى التوقف عما يقوم به والنظر إلى المتحدث. وبذلك يكون اكتملت قدرة الطفل على الانتباه.

المرحلة الثالثة
تنمية المهارات الذهنية غير اللفظية

الإدراك البصري و التآزر البصري الحركي:

ويتضمن تطابق الأشكال (البدء بأشياء حقيقية وبعد ذلك الصور).

النشاط التركيبي:

نسمح للطفل بالإبداع بدون وجود مثل يقلده. ولكن من المهم ان يساعد المعالج الطفل للانتقال إلى مراحل أكثر تطوراً من ترك الطفل يلعب.

تكوين المفاهيم:

البرنامج التدريبي يتبع نفس مراحل تطور المفاهيم وهي:

- التطابق: للألوان ، الأشكال ، الأحجام، الكمية.
- البدء باشياء حقيقية ثم الصور.
- التصنيف: تصنيف الألوان، الأشكال، الكمية.
- الحجم والكمية: باستخدام المتشابهات و المتضادات باستخدام الصور.
- فهم المكان: يحتاج للتدريب بالكلام والاشارة(فوق ، تحت، خلف ، أمام).
- فهم المعنى الرمزي : (فهم الرموز).

اللعب التمثيلي:

ويكون باستخدام اللعب الكبيرة الحجم المشابة للواقع، اللغة البسيطة تستخدم مع اللعب.

اللعب باستخدام الألعاب صغيرة الحجم:

وذلك بعد فهم الطفل اللعب التمثيلي وتهيئته للرموز الممثلة في اللعب الصغيرة تستخدم اللغة بصورة أكبر مصحوبة بفعل اللعب والمساعدة لتكوين الحوار.

الصور:

يجب فهم أن التدريب باستخدام الصور يجب أن تأتي بعد التأكد من فهم الطفل للمجسمات (اللعب بالعروسة الحقيقية). الهدف هو تميز الطفل على مستوى المفهوم عن الإدراك الملموس .

الإشارة:

كما هو الحال في جميع اللغات فالإشارة لها دور أساسي لاكتساب اللغة. في جميع المراحل، فالاشارة تستخدم مع اللغة. مثل إشارة باي مع كلمة باي وكذلك إشارة هات مع كلمة هات.. وهكذا..

فهم الكلام:

في المراحل الأولى يعتمد المعالج على فهم اللغة عن التعبير بها ويتمثل دور الأهل في استخدام جمل قصيرة و واضحة.

استخدام اسمين مترابطين :

- استخدام اسم مع فعل.
- استخدام اسم مع صفه.

اللغة التعبيرية:

تبدأ من المرحله التالية من مستوى الطفل اللغوي ونزيد طول الجملة للطفل من كلمة مفردة إلى جملة من كلمتين إلى جملة من ثلاث كلمات .. وذلك عن طريق : التركيز على المحتوي والمعني وليس الأصوات . وتدعيم الطفل على اللغه التعبيرية والتصحيح غير المباشر للأخطاء.

زيادة التعبير اللغوي عن طريق :

- تكملة الجمل الناقصة للطفل (الطفل قال : فستان – قول له : عروسة لابسة فستان . . شاطر).
- إعطاء سؤال مباشر للطفل (اسأل الطفل العروسة لابسة فستان؟).
- أطالة اللغة التعبيرية للطفل. (الطفل يقول: بية تمشي- انت تقول: آاه عربية تمشي).

تعليمات عامة

اختيار المثير:

يتم اختيار المثير الأسهل فالأصعب مثلاً بالنسبة لأعضاء الجسم نبدأ بالفم أو العينين تم نتدرج حتى نصل إلي البطن أو الرقبة أو الظهر وهكذا تكرر هذه المثيرات بعد عدة جلسات مع تغير أحد المثيرات فمثلاً أول جلسة عين – فم – أذن والجلسة الأخرى عين أنف أذن وهكذا ، وأثناء التدريب يتم نطق المثير الذي تم اختياره في جمل بسيطة وسهلة وفي أكثر من شكل حتى يستطيع الطفل فهمها وتقبلها.

استخدم الطرق الآتية أثناء الجلسة حسب الموقف

يتم اعطاء فرصة للحوار بين الطفل والمدرب والأطفال بعضهم البعض مع تصحيح الأخطاء بعد كلام الطفل إذا وجد.

توجيه بعض الأسئلة البسيطة للطفل لحثه على نطق بعض الكلمات دون الضغط عليه مثل احمد عاوز القطة ولا الكلب ؟ فيرد بأحداهما فإذا لم يرد الطفل يقوم المدرب بالإجابة.

محاولة جعل الجلسة تدور في موضوع واحد وتهيئ الأنشطة المختلفة للتدريب على هذا فمثلاً يكون الهدف هو التدريب على بعض وسائل المواصلات مثل القطار أو الطائره فتحول كل الأنشطة لخدمة هذا الهدف إذا أمكن فمثلاً بعد ٣٠ دقيقية المحددة لهذا يتم غناء أغنية بها نفس الأشياء و تلوين نفس الأشياء وأثناء التدريب اليومي نقوم بتركيب وعمل نفس الأشياء وفي اللعب الحركي يمسك الأطفال بعضهم البعض لعمل قطار مع تقليد صوت القطار ..... وهكذا.

يترك للمدرب حرية الاختيار بعض المواد الأخرى غير التي ذكرت بشرط تكون مناسبة للهدف الذي وضع للتدريب بمعني أنها متروكة لإبداع المدرب.

لا يشترط التدريب في اختيار الأنشطة الموجودة فيمكن أن نبدأ بالغناء مثلاً إذا ما وجدنا الأطفال غير مهيئين للجلسة وذالك لشد انتباههم.



الفصل الثالث

التواصل واضطراباته



للتواصل *Communication* قيمة كبيرة في تبادل الثقافات والحضارات والأفكار ، واللغة من أهم وسائل التواصل والتعبير الإنساني بين الأفراد والجماعات إذ تعتبر الترجمان لما يدور في الأذهان من أفكار ورؤى ، ولما كان اللفظ في حد ذاته لا يكتسب قيمته السلوكية إلاَّ إذا أخذ واكتسب المعنى والدلالة وكان من الضروري أن نؤكد على العملية التربوية التي يتم بها اكتساب معاني الألفاظ وربطها بمواقف ملموسة بقدر الإمكان ولابد من مراعاة وجوب اكتساب وتكوين المعنى للفظ بطريقة تدريجية كأي عملية نمو أخرى ، وهي تتضمن تكوين علاقة بين الشيء وبين اللفظ الذي يدل عليه وكذلك ممارسة الفرد لاستخدام اللفظ المعين في مواقف عديدة حتى يكتسب الخبرة والتعلم.

ومن المسلمات في حياة الإنسان أنه يولد في مجتمع ويعيش حياته عضواً في جماعات مختلفة، فهو يولد في أسرة ويلعب دورًا فيها ثم في مجتمعه وخلال كل ذلك فهو يكتسب السلوك الاجتماعي من خلال الاتصال مع بيئته وأسرته .

وإن القدرة على فهم واستخدام اللغة سمة إنسانية فريدة، فاللغة هي الوسيط الذي يميز الإنسان في تفكيره من خلالها ويعبر كذلك عن أفكاره ، ويجب أن نشير إلى أن الكلام يكون عديم الدلالة إذا لم يتفاعل الطفل مع بيئته التي يعيش فيها ويتعامل معها ، وليست وظيفة اللغة مجرد إحداث أصوات بل يلزم أن تكون لهذه الأصوات دلالة ومعنى .

ولتحقيق عملية التواصل فإنه لابد أن يتوفر لها عدة وسائل وهي: وجود مرسل (***sender***) وهو يملك الأفكار التي تتحول إلى رموز ، ومستقبل (***receiver***) وهو يستقبل تلك الرموز ويفهمها ، والرسالة (***message***) وهي تلك الرموز ، وتعتبر في حد ذاتها جزءا مهما في التواصل ، ويمكن أن تكون هذه الرسائل على شكل إيماءات أو مراسم اجتماعية أو أنماط صوتية.

إذا فالاتصال الإنساني ليس عملية أحادية الجانب ، ولكنه مركب من عدة عمليات تضم مجموعة من القوى المعقدة التي تتفاعل في مجال موقفي دينامي. أي أن أي نشاط إنساني هو في حد ذاته مركب من عناصر متفاعلة فيما بينها. وهنا لابد من تمييز ثلاثة معالم في التواصل هي : اللغة والكلام والتواصل.

هو نوع من التفاعل المتبادل ، حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر ، ففي مثل هذا النظام نجد الرموز تشير إلى محتويات الفكر وعادة ما يتعلم الأفراد ضعاف السمع أو ضعاف أو فاقدوا الكلام الاتصال بهذا النظام وذلك بإشاراتهم إلى الرموز على لوح خاص.

والتواصل ببساطة هو عملية نقل للرسائل من المرسل إلى المستقبل والرسالة ممكن إن تكون شفهية أو غير شفهية أو غير ذلك وعند الإنسان غالباً ما تكون منطوقة.

والاتصال عملية ذات اتجاهين إذ تتضمن التأثير والتأثر. ويزداد التفاعل مع قصر المسافة النفسية بين المتصلين ، والمسافة النفسية هي مدى التقارب في المشاعر والعواطف والمفاهيم.

واتفق الباحثون غالباً على أن الاتصال عملية حيوية فعالة تتطلب مرسل ومستقبل ورسالة بينهما.

ويعرف اضطراب التواصل بأنه اضطراب في التعبير أو اللفظ أو قواعد اللغة أو الصوت وكلها تؤثر سلباً في واجبات الطفل الأكاديمية وفي قدرته على التعلم. وتعرفه الجمعية الأمريكية للنطق والسمع (***ASHA***) بأنه اضطراب في القدرة على إرسال مفاهيم شفهية وغير شفهية واستلامها واستيعابها، وقد يكون في عملية الإدراك السمعي أو اللغة أو النطق ويشمل عدة درجات تتراوح بين الشديد والخفيف ويكون مكتسباً أو وراثياً . وفي تعريف (الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع) لاضطراب التواصل أنه صعوبات في النطق أو اللغة أو الصوت أو الطلاقة أو السمع وفي دراسة أعدتها (الرابطة الأمريكية للكلام والسمع ***ASHA***) لتقدير مدى انتشار اضطرابات التواصل في المجتمع الأمريكي اتضح أن ٥% من السكان بين عمر ٥ سوات و٢١ سنة لديهم اضطراب في الكلام ، وأن ٦% من مجموع الأطفال المقيدين في المدارس العامة لديهم صعوبات في التواصل.

أنماط اضطرابات التواصل:

يمكن تصنيف اضطرابات التواصل ضمن ثلاث مجموعات:

١. اضطراب السمع.
٢. اضطراب الكلام.
٣. اضطراب اللغة.

أولاً: الاضطرابات السمعية *Hearing Disorders* :

وتقع في فئتين هما (الأصم – وضعيف السمع).

- الأصم ***Deaf***:

هو الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع وبالتالي فالصمم يعيق إلى حد ما التواصل مع المجتمع.

- ضعيف السمع ***Hearing Loss*** :

وفي هذه الحالة يستطيع الشخص أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية.

ويعرف الصمم بأنه أي فقدان للقدرة السمعية من ٩٠ ديسبل أو أكثر ويعرف ضعيف السمع بعدم القدرة على السمع عند مستوى ٢٠ إلى ٨٥ ديسبل ويمكن أن يقسم درجات الضعف إلى : بسيط (٢٠ – ٤٠ ديسبل) ، ومتوسط (٤٠ – ٦٠ ديسبل) وشديد (٦٠ – ٨٥ ديسبل).

وكذلك عرف الصمم بأنه أي نقص جزئي أو كلي في القدرة السمعية أو هو العجز الكلي أو الشديد في السمع. أما ضعف السمع فهو عدم القدرة على السمع جزئياً .

ومن النظرة الطبية فإن الصمم يعرف بأي فقدان في القدرة على السمع دون تحديد الدرجة أو إذا كان عدم القدرة على السمع في أذن واحدة أو في الاثنتين. إما ضعف السمع فقد عرف بأنه المستوى السمعي عند ذبذبات صوتية معينة (**500 – 1000 HZ**) بمقدار ١٥ ديسبل فما فوق .

ويعرف الصمم بأنه نقص أو إعاقة في حاسة السمع بصورة ملحوظة لدرجة أنها تمنع أو تعوق الوظيفة السمعية وبالتالي نجد أن حاسة السمع لا تكون الوسيلة الأساسية في تعليم الكلام واللغة.

ويمكن تقسيم الضعف السمعي اعتمادا على مكان الإصابة إلى:

- ضعف سمعي توصيلي ***Conductive***
  وتكون الإصابة في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى.
- ضعف سمعي حسي ***Sensorineural***
  وتكون الإصابة في الأذن الداخلية أو العصب السمعي.

ويمكن تقسيم النقص السمعي إلى الفئات التالية:

- نقص سمعي بسيط ***mild***
  وهو في حدود ٢٠- ٤٠ ديسبل .
- نقص سمعي متوسط ***moderate***
  وهو في حدود ٤٠ – ٦٠ ديسبل.
- نقص سمعي شديد ***sever*** .
  وهو ٦٠ ديسبل فما فوق.

أسباب الاضطرابات السمعية:

يمكن أن تكون هناك عدة أسباب تؤدي إلى الاضطرابات السمعية من أهمها:

أسباب خلقية قبل الولادة :

مثل الإعاقات التكوينية التي تصيب الأذن خلال النمو الجنيني منها : عدم اكتمال القناة السمعية أو بعض منها أو بعض أجزاء الأذن الوسطى ، وبعض الأمراض التي تصيب الأم خلال الحمل أو تناولها بعض الأدوية التي من شأنها أن تضر الأذن.

أسباب مكتسبة:

أي بعد ولادة الطفل وترجع إلى الأمراض التي تصيب الطفل منها الالتهابات المستمرة للأذن والإصابات المباشرة لأذن الطفل. وهناك بعض الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى الضعف السمعي أو الصمم.

الوراثة:

يمكن أن ينتقل الصمم أو الضعف السمعي عبر الوالدين إلى الأبناء.

أمراض الشيخوخة:

من الممكن أن يصاب الشخص بالصمم أو الضعف السمعي نتيجة للشيخوخة، وكذلك يعتبران من أمراض الشيخوخة المتوقعة.

الضوضاء:

التعرض للضوضاء المستمرة والمرتفعة قد تؤدي إلى الصمم أو الضعف السمعي.

الطرق المختلفة لاختبار السمع:

هناك عدة طرق منها :

اختبار الهمس (***Whisper Test***):

وهي مجموعة من الأعداد والأرقام يتم نطقها همساً ثم يطلب من المفحوص إعادتها.

اختبار الساعة الدقاقة (***Watch-Tick Test***)

وهناك القياس عن طريق الأجهزة السمعية وهي نوعان:

١- ***6A Audiometer.***

٢- ***Speech Audiometer.***

وهناك طرق أخرى لقياس السمع :

- ***Pure- Tone Audiometer:***

وهو اختبار لقياس القدرة السمعية عن طريق جهاز خاص بحيث يسمع المفحوص بعض الصفارات ذات الترددات المعينة ومن ثم يعطي استجابة لكل تردد يسمعه.

- ***Speech Test:***

وتستخدم في هذا الاختبار قائمة من الكلمات ويطلب من المفحوص أن يردد ما يسمعه بعد وضعه في غرفة معزولة عن أي أصوات ويسمع تلك الكلمات عبر جهاز يوضع على أذنيه.

- العلاج :

هناك مدخلان عادة ما يتم وضعهما في الحسبان ، وهما ؛ التكنيكات العلاجية ***Remedial techniques*** وهو عادة ما يتم استخدامه في تنمية وتحسين مهارات التواصل ***communication skills .*** والمدخل الثاني يستخدم في مساعدة الطفل على تدعيم جوانب القوة / أو البناء على جوانب

القوة لديه وذلك للتغلب على القصور في مهارات التواصل. (وهذا ما ينادي به الآن علم النفس الإيجابي ؛ من إمكانية استخدام جوانب القوة في الشخصية وتدعيمها كي تسمع في المناطق الضعيفة الأخرى، بالإضافة إلى بث بعض المدعمات الإيجابية في شخصية الإنسان كالسعادة والتفاؤل والأمل).

وهناك أيضا عدة طرق مختلفة للتدريب السمعي تختلف من شخص إلى آخر ومن مشكلة إلى أخرى وكذلك لابد أن نميز بين تدريب ضعيف السمع و تدريب الأصم .

ويجب أن نعلم أن اضطراب السمع يترتب عليه اضطراب النطق ولهذا يحتاج الطفل إلى تمرينات خاصة لعلاج الناحية الكلامية كما أنهم يحتاجون زيادة على ذلك إلى تمرينات لتقوية السمع نفسه وهي على النحو التالي:

تعويد الطفل التميز بين الأصوات المختلفة (كأبواق السيارات، ونباح الكلاب ، وأصوات الأجراس ...).

عمل تمرينات يقصد بها تعويد الطفل على ملاحظة الأصوات المختلفة الدقيقة كالهمس والصفير بصوت منخفض .

إجراء تمرينات تتكون من أصوات كلامية تنطق بشكل واضح على مسافة يتمكن منها الطفل من التمييز بين كل منها .

تمرينات يقصد بها الانتباه السمعي لدى الطفل ويكون ذلك عن طريق التسجيلات الصوتية التي يتاح له بواسطتها أن يسمع صوته ويقارنه بصوت أخر.

ويمكن استخدام بعض المعينات السمعية لتسهل عملية التدريب السمعي منها: سماعات خلف الأذن ، سماعات إليكترونية.

وهناك طرق أخرى لتدريب الطفل الأصم منها:

- طريقة قراءة الشفاه (***lip Reading***).
- الاستعانة بالإدراك الحسي البصري والحسي اللمسي للتدريب على نطق الأصوات.
- طريقة الهجاء الإصبعي أو ما يسمى (***Sing Language***). وتعتمد على استخدام الأصابع في تهجي الحروف وهي طريقة عالمية معتمدة.

توجيهات عامة في تعليم الصم:

- أن العملية التعليمية عملية متصلة بل هي مجموعة من الخبرات المتصلة .
- ربط الكلمات بالمدلولات الحسية .
- التنويع في العملية التعليمية لأنه يزيل عن النفس الملل ويعطي خبرات تعليمية متنوعة.
- النشاط وتثبيت الخبرات وفيها تستخدم أنشطة متنوعة لتثبيت الخبرات منها على سبيل المثال .
- استعمال المرآة.
- المناقشة الحرة.
- التدريبات الكتابية.
- المرونة في المنهج والطريقة : وفيها يستطيع كل مدرس أن يضع خططه المستقلة على حسب إمكانيات الطلبة.

إرشادات لوالدي الطفل الأصم للتغلب على مشكلاتهم:

- تقبل الحقيقة كون طفلهما أصم وهي مسألة قضاء وقدر.
- مواجهة المسئولية كأب وأم وبذل الجهد في العناية التامة واهتمام خاص بالطفل.
- إعطاء طفلك المزيد من الحنان واحضنيه إلى صدرك فهذا الأسلوب الذي يفهمه من سن مبكرة .
- الاتصال بطبيب الأنف والأذن والحنجرة لمعرفة مدى إمكانية العلاج.
- يعتبر اللعب ضرورة تربوية تتم بواسطته عملية صقل مواهب الطفل وتزوده بالخبرات .
- تشجيع إخوانه وأخواته للعب معه والسماح له بالاختلاط بالأطفال العاديين.
- مشاركة الأم له في الأعمال المنزلية والتحدث إليه ووصف كل ما تقوم به عن طريق الكلام .

- اصطحاب الطفل الأصم عندما تقوم الأم أو الأب بزيارة الأقارب والجيران.
- يستحسن تعليق صور ملونة مناسبة بالقرب من سريره كصور أفراد العائلة وأصدقاءه وأقاربه وصور من الشارع الذي يعيش فيه وصور للحيوانات التي يحبها وتكتب تحتها كلمات أو جمل بسيطة.
- يجب تشجيعه على أي مجهود كلامي يقوم به على ألاَّ تصحح أخطاءه دفعة واحدة وإنما يكفي أن يقوم دائماً بإعادة ما يقوله بطريقة سليمة لغوياً وبسيطة التركيب .
- ومما يتوجب على مدرسي هذه المرحلة التحدث بصفة دائمة على هؤلاء الأطفال وهم ينظرون إلى وجوههم وهذا يسهم في تعليم هؤلاء الأطفال مهارات كثيرة مثل إدراك الطفل لاسمه وتعرفه عليه ويجب تعليمه القفز والوقوف والمشي مع تمثيل بشكل عملي ولفظي (قف- اجلس- امشي) وهذه تسهم في وضع حجر الأساس في بناء لغة الطفل . كما تسهم في وضع الطفل على بداية الطريق لقراءة الشفاه.



الفصل الرابع

إضطرابات الكلام



الكلام *Speech* هو عملية تكوين اللغة، وتكوين الأصوات اللغوية الشفهية عند الفرد، وهي استخدام إنساني مميز للرموز اللغوية بصورة مرتبة وفق نظام للتعبير عن المشاعر والأفكار.

ويعرف الكلام بأنه الفعل الحركي *motor act* أو العملية التي تتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز.

كما يعرف سميث *Smith* الكلام بأنه إنتاج صوتي للغة. ويعتبر الكلام ارتباط بين حركات أعضاء النطق والذبذبات الصوتية، وفي أغلب الدراسات يعتبر الكلام مصطلح حركي لملاحظة حركات أعضاء النطق.

والكلام كما يراه فان رايبر *Van Riper* هو أداة توصيل واستقبال الرسائل، وهو أيضاً وسيلتنا للتفكير وبناء ذواتنا من خلال الكلمات المسموعة والمنطوقة، ونحن بحاجة للكلام للتعبير عن أنفسنا والاتصال بغيرنا، والكلام في حياتنا أكثر من أداة بل هو أساس الاتصال. وهو – الكلام - ما يفعله المتحدث لإصدار أصوات الكلام .

ويعرف الكلام أيضا بأنه الاتصال اللفظي ، وهو توازن الحركات الوجيهة العصبية العضلية لإصدار الوحدات اللفظية. ويعني هذا أن الكلام عبارة عن الإدراك الصوتي للغة والتعبير من خلالها أو إصدارها . ونظراً لأن الكلام هو فعل حركي فإنه يتضمن التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هي :

- التنفس أي العملية التي تؤدي إلى توفير التيار الهوائي اللازم للنطق .
- إخراج الأصوات أي إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية.
- رنين الصوت ، أي استجابة التذبذب في سقف الحلق المليء بالهواء وحركة الثنيات الصوتية مما يؤدي إلى تغيير نوع الموجة الصوتية.

- نطق الحروف وتشكيلها أي استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام ، كما هو الحال في الحروف الساكنة والحروف المتحركة ...الخ.

ويتضمن الكلام أيضاً مدخلات من خلال القنوات الحسية المختلفة كالأجهزة البصرية والسمعية واللمسية عند محاولة تعديل أو تغيير الأصوات التي يصدرها الإنسان. على أن كلاً من الكلام واللغة يتأثران بالبناء والتركيب التشريحي للفرد ، والأداء الوظيفي الفسيولوجي ، والأداء العضلي - الحركي والقدرات المعرفية ، والنضج، والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي والانحرافات أو الأشكال المختلفة من الشذوذ في أي من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عنه اضطراب - على نحو أو آخر - في التواصل قد يتضمن النطق ، أو يتضمن اللغة أو قد يتضمن النطق واللغة معاً .

كيفية النطق:

يعتبر ميكانيزم النطق جزءاً من جهاز الكلام ، وأي جزء من هذا الميكانيزم معرض للإصابة بنوع من الانحراف التكويني ، أو الانحراف في الأداء الوظيفي . كما هو واضح من الشكل التالي فإن الأعضاء الصوتية عند الإنسان تتضمن ما يلي:

- الجهاز التنفسي الذي يساعد على إنتاج الأصوات وتشكيلها وتوجيهها من خلال تجويفات متعددة لصدى الصوت.
- حبلان صوتيان في الحنجرة يتذبذبان لنطق الأصوات .
- الميكانيزم السمعي الذي يقوم بالتمييز بين الأصوات.
- المخ والجهاز العصبي السليم.
- جهاز البلع ويشمل اللسان والبلعوم.
- الجهاز الفمي ويشمل اللسان والشفاه والأسنان وسقف الحلق الصلب والسقف الرخو والفك ، وهي تستخدم في تشكيل الأصوات الخارجة من الحنجرة وتعديل هذه الأصوات.

الأداء الوظيفي الخاطئ :

من ناحية أخرى، فإن الأداء الوظيفي الخاطئ في أي من الأجزاء السابقة قد يسبب اضطراباً في النطق- ففي الجهاز الفمي - على سبيل المثال - توجد أجزاء كثيرة لابد وأن تؤدي وظائفها بشكل ملائم من أجل النطق الصحيح . لكن يجب ألا يغيب عن أذهاننا أن كثيراً من الأشخاص الذين ربما تكون لديهم عيوب في ترتيبها أو في تطابقها ، أو لديهم أسنان ناقصة، أو تكوين شاذ في اللسان أو أن يكون سقف الحلق ضيق ومرتفع ، وأشكال أخرى عديدة من الأخطاء التكوينية إلاَّ أنهم مع ذلك يتمتعون بأشكال صحيحة من النطق حتى مع وجود هذه الانحرافات فإن عملية التوافق قد تكون ممكنة دون جهد خاص بالنسبة لعدد من الأشخاص ، في حين يكون هذا التوافق بالغ الصعوبة بالنسبة لآخرين . فكثيراً ما توجد عيوب في النطق دون وجود أي قصور تكويني واضح مثل هذه الاضطرابات ذات الأصل الوظيفي ، ترجع إلى عوامل مختلفة من بينها الثبوت على الأشكال الطفلية من الكلام ، والمشكلات الانفعالية ، والبطء في النضج ، وغير ذلك من العوامل . ففي بعض الحالات قد لا يستطيع أخصائي التشخيص أن يضع يده على شكل معين من سوء التوافق أو نقص الخبرة أو التخلف كأسباب لإضطرابات النطق. كل ما يستطيع الأخصائي عمله في مثل هذه الحالات هو علاج أعراض الاضطراب بشكل مباشر.

أنماط اضطرابات الكلام :

يمكن تقسيم اضطرابات الكلام إلى قسمين حسب الأسباب :

- عيوب ترجع العلة إلى أسباب عضوية إما في الجهاز الكلامي أو الجهاز السمعي كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب في أي عضو من أعضاء أحد الجهازين ،أو النقص في القدرة الفطرية العامة (الذكاء).
- عيوب ترجع العلة إلى أسباب وظيفية وفيها لا يشكو المريض من نقص عضوي ولكنه لا يستطيع التعبير أو أن قدرته على التعبير ضعيفة .

وهناك تصنيف أخر لاضطرابات الكلام يعرف بتصنيف ***Leopold*** حيث صنفها إلى:

- أخطاء الكلام ***Speech errors*** وغالباً ما تحدث في بعض الأصوات .
- عيوب الكلام ***Speech defects*** كما في عدم الترتيب أو التشويش في الكلام.

الأسباب:

قد يحدث اضطرابات الكلام لعدة أسباب نذكر منها :

- الإصابات الدماغية .
- الاختلال الوظيفي لميكانيزم الكلام أو التنفس .
- التشوهات التي ممكن أن تحدث في أعضاء النطق وتشمل (اللسان الشفاه، الأسنان ،سقف الحلق).
- مشاكل عضوية مثل الشفة المشقوقة.
- الضغط النفسي ويمكن أن ينتج عنه التلعثم .
- أما مشاكل الصوت فيمكن أن تحدث بسبب سوء استخدامه أو تلف في الأحبال الصوتية.

وإضافة إلى تلك العوامل فان هناك الكثير من مشكلات الكلام التي تعزى إلى عوامل غير عضوية مثل التعلم الخاطئ من نماذج كلامية غير سليمة أو المستويات المنخفضة من الاستثارة والدافعية أو بعض اضطرابات الشخصية.

وحالات فقدان الصوت الناتجة عن أمراض الحنجرة أو أعصابها مما يؤدي إلى مشكلات الصوت (***Voice problems***). وتوجد مجموعة من خصائص الصوت يجب معرفتها بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت.

هذه الخصائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها هي كما يلي: -

طبقة الصوت***Pitch***:

تشير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي حيث يعتاد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد

يكون شديد الارتفاع أو بالغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية نجد أمثلة لذلك في تلميذ المرحلة الثانوية الذي يتحدث بطبقة صوتية عالية أو طفلة الصف الأول الابتدائي التي يبدو صوتها كما لو كان صادرًا من قاع بئر عميق ، هذه الانحرافات في طبقة الصوت لا تجذب انتباه الآخرين إليها فقط، بل ربما ينتج عنها أيضاً أضرار في الميكانيزم الصوتي الذي لا يستخدم في هذه الحالة استخداما مناسباً، وتضم حالات اضطراب طبقة الصوت أيضاً (الفواصل في الطبقة الصوتية *Pitch breaks*) التي تتمثل في التغيرات السريعة غير المضبوطة في طبقة الصوت أثناء الكلام)،(الصوت المرتعش الاهتزازي*Voice Shaky*) و(الصوت الرتيب *monotone voice*) أي الصوت الذي يسير على وتيرة واحدة في جميع أشكال الكلام .

شدة الصوت:***intensity***

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحديث العادي فالأصوات يجب أن تكون على درجة كافية من الارتفاع من أجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر، كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعاً في الارتفاع يتناسب مع المعاني التي يقصد المتحدث إليها وعلى ذلك فإن الأصوات التي تتميز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شاذة في الكلام أو قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقدان السمع أو بعض الإصابات النيرولوجية والعضلية في الحنجرة.

نوعية الصوت ***Quality*** :

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت، بمعنى آخر ، تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص حيث يميل البعض إلي مناقشة مشكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت والاضطرابات المرتبطة به منفصلاً عن نوعية الصوت واضطراباته.

وتعتبر الانحرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع اضطرابات الصوت شيوعاً، وقد اختلفت المسميات والمصطلحات التي استخدمها أخصائيوا عيوب الكلام لوصف وتمييز اضطرابات نوعية الصوت، ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت في الصوت

الهامس*breathiness* والصوت الخشن الغليظ *harshness*، وبحة الصوت *hoarseness*حيث يتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء وغالباً ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت. أما الصوت الغليظ الخشن فغالباً ما يكون صوتاً غير سار ويكون عادة مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته فإصدار الصوت في هذه الحالات غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد .

ويوصف الصوت المبحوح عادة على أنه خليط من النوعين السابقين (أي الهمس والخشونة معاً) في كثير من هذه الحالات يكون هذا الاضطراب عرضاً من أعراض التهيج الذي يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد أو قد يكون عرضاً من الأعراض المرضية في الحنجرة . يميل الصوت الذي يتميز بالبحة لأن يكون منخفضاً في الطبقة وصادراً من الثنيات الصوتية.

رنين الصوت: *Resonance*

يشير الرنين إلى تعديل الصوت في التجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة ، وترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح الممرات الأنفية . فعادة لا تتضمن اللغة سوى أصواتاً أنفية قليلة . ففي المواقف العادية ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية . فإذا لم يكن التجويف الأنفي مغلقاً ، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة أنفية (أي كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف) . تعتبر الخمخمة (الخنف) والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق . *Cleft Palate* وتحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقاً في الوقت الذي كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحاً لإخراج الحروف الأنفية.

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت

الأسباب العضوية وغير العضوية التي تؤدي إلى الاضطرابات الصوتية كثيرة متنوعة. من بين الظروف العضوية التي تتعلق بالحنجرة والتي يمكن أن تسبب اضطرابات الصوت : القرح ، والعدوى ، والشلل الذي يصيب الثنيات والشذوذ الولادي في تكوين الحنجرة . والأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة في الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخمة

الشديدة . كذلك فإن الفقدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته ، يمكن أن يسبب أيضاً اضطرابات في الصوت . على أن الانحرافات الصوتية المؤقتة مثل وجود فواصل في طبقة الصوت التي تصاحب تغير الصوت أثناء البلوغ وخاصة عند الذكور ، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج.

ومن ناحية أخرى ، يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية. فمعظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت . ويمكن أن يتخذ سوء استخدام الصوت أشكالاً متعددة منها السرعة المفرطة في الكلام ، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت ، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية ، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد . وهذه الأنماط الصوتية يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد للميكانيزم الصوتي . وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك ، فإن ذلك يسبب ضرراً للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية . كذلك ، قد ترتبط اضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس .

اضطراب بحة الصوت :

يقصد ببحة الصوت *Hoarseness* أي تغير في الصوت عن الصوت لنفس الشخص، وهي تنتج عن أي خلل في الحنجرة أو في مراكز التحكم بها. وتتفاوت أعراض البحة الصوتية في عدة أمور تتمثل في تغير نبرة الصوت والوهن التدريجي لنبرة الصوت أثناء الحديث الطويل والشعور بجفاف شبه دائم في الحلق والإحساس بزيادة لزوجة اللعاب والإحساس بآلام بسيطة بالحنجرة قد تمتد إلى إحدى الأذنين.

- مشكلات حدة الصوت :

إن زادت أو قلت حدة الصوت عن المعدل الطبيعي لها فإن ذلك يعتبر مشكلة لابد من علاجها . ووحدة قياسه الهرتز ***Hz***.

- مشكلات شدة الصوت :

إن قلت شدة الصوت أصبح غير مسموع وإن زادت أصبح مزعجاً مما يتطلب تدخل علاجي لذلك ووحدة قياسه الديسبل .

- مشكلات نوعية الصوت :

نعني طبيعة الصوت فان كان هناك ما يعيق اهتزاز الحبلين الصوتيين كانت النتيجة ما يعرف بالبحة ، وتتغير طبيعة الصوت أيضاً تبعاً لطريقة خروج الهواء وتكبيره داخل التجويف الفمي والتجويف الأنفي مما يؤدي أحياناً إلى ما يعرف بالخنف بنوعيه المفتوح والمغلق . مشكلات الصوت قد تكون عضوية أو نفسية أو وظيفية وهذا يحدد طريقة العلاج .

أسباب مساعدة لحدوث مشكلات الصوت :

- **الاستخدام الخاطئ أو المكثف للصوت :**

عادة ما تصيب بحة الصوت - خاصة غير العضوية - الفئات التي يكثر في حياتها أو عملها استخدام الصوت، خاصة محترفي استخدام الصوت، وهي فئة من الأفراد تعتمد عليه في عملها واكتساب رزقها على استخدام أصواتها بدرجاته المختلفة، فيعتبر الصوت جزءاً مهماً وضرورياً لإتمام عملها، كالمذيع والمعلم والطبيب ورجل السياسة والخطيب والمؤذن وحتى الإنسان العادي معرض لبحة الصوت إذا اعتاد على رفع صوته، في الكلام أو عند الشجار أو بحكم تواجده في أماكن مزدحمة أو فيها ضوضاء، كالمصنع أو المطبعة مثلاً.

- **التدخين :**

سواء الايجابي منه (المدخن نفسه) أو السلبي (المحيطون به)، وتزداد مخاطر التدخين كلما كان المكان ضيقاً وليس به تهوية كافية، فتتعدى المخاطر المدخن نفسه لتشمل غيره من الأصدقاء والزملاء والزوجة والأبناء، والتدخين يؤدي إلى جفاف الغشاء المخاطي لمجاري التنفس، بداية من الشفاه والأنف، ومروراً باللسان والتجويف الفمي والحنجرة ثم الجهاز التنفسي كله، ويؤدي هذا الجفاف إلى ضمور الغدد المخاطية المسئولة عن ترطيب هذا الغشاء، ولهذا الترطيب أهمية كبيرة لميكانيكية عمل هذه الأعضاء، وقد ثبت علمياً بأن جفاف أي غشاء مخاطي وتعرضه لمواد كيماوية مثيرة، كالدخان مثلاً، يتسبب في تحوله إلى نسيج آخر أقرب إلى نسيج الجلد فيكون جافاً، وقد يصبح العضو عرضة للإصابة بالسرطان، ويأتي التدخين على رأس قائمة مسببات سرطان الحنجرة ، كما أن الدخان يسبب تمدد الشعيرات الدموية بالحنجرة، وبالتالي سهولة انفجارها وحدوث النزيف تحت الغشاء المخاطي المغلف للثنايا

الصوتية، مؤدياً إلى تكوين حبيبات أو لحميات أو أكياس الثنايا الصوتية، أو تجمع مائي أو دموي بها .

تشخيص حالات اضطرابات الصوت :

ويتم ذلك من خلال بروتوكول خاص يقوم به طبيب التخاطب والصوت لأنه مؤهل لتقييم أمراض الصوت، ويشتمل هذا البروتوكول على ما يلي-:

- التاريخ المرضي:

ويشمل بيانات المريض الشخصية، وشكوى المريض وتحليلها، والسؤال عن أعراض وهن الصوت المختلفة، وتقويم المريض لصوته، وملاحظة الآخرين وردة فعلهم لهذه البحة في الصوت، وأثرها على حياته اليومية، وكذلك بحث وتحليل كافة الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى بحته الصوتية.

- فحص المريض:

ويشمل التقويم السمعي لصوت المريض من حيث درجة البحة وطبيعة الصوت وحدة الصوت وشدته والوظائف المصاحبة للحنجرة، وكذلك فحص الأنف والأذن والفم، وفحص الحنجرة من الخارج .

الوسائل التشخيصية:

وتشمل فحص الحنجرة بجهاز المنظار الحنجري بدون الحاجة إلى تخدير كلي، بحيث يتم الحصول على صورة شديدة الوضوح للحنجرة من الداخل، يتم تخزينها بعد ذلك في كمبيوتر خاص ليتم الرجوع لها عند الحاجة، ويعتبر هذا الجهاز أحدث ما توصل إليه العلم الحديث في طرق الكشف على الحنجرة، ومن مميزاته إمكانية حصول المريض على صورة مطبوعة شديدة الوضوح وبالألوان لحنجرته هذا بالإضافة إلى حصوله على تسجيل بالفيديو لفحص الحنجرة، ومن الوسائل الأخرى تحليل الصوت وديناميكيته.

العلاج :

وحول علاج البحة الصوتية والوقاية منها ، ينصح استشاري جراحات الأنف والأذن والحنجرة ...باستئصال الزوائد أو تكيسات الأحبال الصوتية بالليزر أو جراحياً مع فحصها مجهرياً والامتناع عن التدخين والراحة التامة خاصة خلال فترة العلاج وتحاشي الاستعمال الخاطئ

كالتحدث بصوت مرتفع أو الاستعمال المبالغ فيه كالأحاديث المطولة حتى وإن كانت بنبرة صوتية منخفضة هذا بالإضافة لتجنب شرب المثلجات وتناول الوجبات الباردة والحارة والحريفة وتجنب التعرض للتيارات الهوائية الباردة والتقلبات الجوية والأتربة والغبار والأدخنة خاصة السجائر والإكثار من شرب السوائل الدافئة.

وينصح أيضا بجلسات التدريب الصوتي من خلال الطبيب المختص بعلاج أمراض الصوت والتخاطب والالتزام بها في مواعيدها المكررة ضرورية ومهمة لأنها تفيد بدرجة كبيرة في حالات الوهن والإرهاق الصوتي بالإضافة للحالات التي يصعب معها التدخل الجراحي لاستعادة نبرة الصوت الطبيعية وكفاءة الثنايا الصوتية.

علاج مرضى الصوت :

ويشتمل على التالي : إرشادات مفصلة للمريض لتوضيح ما يجب فعله وما يجب تركه للحفاظ على صوته سليماً، وذلك من خلال "افعل ولا تفعل" لا تفعل ما يؤذي صوتك وتجنب الآتي :

- الصراخ والكلام بصوت عال .
- الكلام من مسافات بعيدة .
- الكلام في الضوضاء .
- الكلام لعدد كبير من المستمعين مع عدم استخدام مكبر للصوت .
- كثرة الكلام في وجود التهاب بالحنجرة .
- كثرة النحنحة والكحة الشديدة .
- الضحك والبكاء بصوت عال .
- الكلام بسرعة وبدون أخذ النفس الكافي .
- التدخين أو مخالطة المدخنين .
- تناول الكحوليات .
- تناول الأكلات الحريفة .
- الإكثار من المشروبات التي تحتوي على الكافيين، مثل الشاي والقهوة والكولا .

افعل ما يحافظ على صحة وسلامة صوتك :

- التعود على شرب كمية كبيرة من السوائل بمعدل ثلاثة لترات يومياً .
- التقليل من تناول الشاي والقهوة والمشروبات الغازية .
- استخدام إشارات من أجل لفت نظر من هو على بعد، بدلاً من استخدام الصوت العالي .
- تقليل الضوضاء في البيئة المحيطة قدر الإمكان قبل تبادل الحديث، أو أن تكون قريباً ممن تتحدث معه .
- استبدال النحنحة بمحاولة البلع أو الكحة الخفيفة المفتوحة .
- علاج نزلات البرد والسعال .
- استخدام طبقة الصوت الطبيعية وعدم التكلف في إخراج الصوت .
- علاج نزلات البرد والسعال.
- استخدام طبقة الصوت الطبيعية وعدم التكلف في إخراج الصوت .
- استخدام مكبر للصوت للحديث في مكان مفتوح .
- منح الصوت فترات من الراحة قدر الإمكان على مدار اليوم، وخصوصاً عند التعرض لنزلة برد أو إرهاق .
- الاعتدال في مدة استعمال الصوت وشدته .
- تجنب الإكثار من الفلفل والبهارات في الطعام .
- المبادرة باستشارة طبيب التخاطب والصوت عند ظهور أي علامات مرضية خاصة بالصوت.

جلسات العلاج الصوتي:

يتم ذلك من خلال تأهيل الصوت في جلسات علاجية بمعدل مرة أو مرتين أسبوعياً، يتم فيها تدريب المريض على التخلص من عاداته الخاطئة في إصدار الصوت، وهناك طرق علاج صوتي كثيرة يتم اختيار أحدها حسب نوع اضطراب الصوت، وأهم هذه الطرق وأكثرها فاعلية طريقة النبرات، وتعتمد هذه الطريقة على التنفس باستخدام عضلة البطن وعلى توافق هذا التنفس مع إصدار الأصوات .

الجراحات الصوتية :

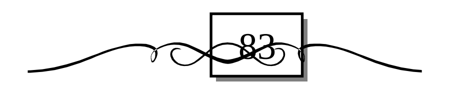
تحتاج بعض حالات البحة الصوتية العضوية إلى جراحة يقوم بها جراح الصوت، مثل حالات غشاء المزمار، وأخاديد الثنايا الصوتية، وجراحات إزالة الأورام الحنجرية سواء الحميدة أو الخبيثة، وجراحات شلل الثنايا الصوتية ولحميات وأكياس الثنايا الصوتية.

نصائح لمعالجة بحة الصوت:

يبذل المعلمون قصارى جهدهم أثناء الشرح في الحصص للطلاب أو الطالبات في كل المراحل التعليمية. وقد تبح أصواتهم فيما قد يفقدونها تماما في بعض الأحيان من كثرة التكرار لتصل أصواتهم لكل طالب أو طالبة في الفصل الدراسي أو فناء المدرسة في كثير من الأحيان مما يسبب لهم الوهن أو الإرهاق الصوتي المعروف طبيا.

توصيات العامة للتخفيف من مشكلة البحة الصوتية:

- نشرب الكثير من الماء :عندما تعيد ملء خزانات جسمك بالماء ، تصبح المادة المخاطية على حنجرتك رقيقة، وأكثر فعالية لصد أي ضرر جديد .
- ينصح بشرب الماء يومياً بمعدل **8** أكواب سعة الواحد منها ٨ أو نصات، وبعدم استبداله بالعصير أو الشاي العشبي.
- تجنب الأماكن الجافة : إذا اضطررت إلى التواجد في مكان جاف كالطائرة ، عليك الإكثار من شرب الماء ، ١٠ - ١٢ كوباً في اليوم.
- عالج السعال : إن السعال مؤذٍ جداً للأوتار الصوتية .
- توقف عن التنحنح : إن التنحنح لتنظيف الحلق عملية قاسية جداً على الأوتار الصوتية. وبدلاً من ذلك ينصحك الطبيب بارتشاف بعض الماء أو محاولة البلع للتخلص من هذا الشعور المزعج للحلق.
- لا تستخدم مسكناً للحنجرة :إن استخدام مسكن للحنجرة عند إصابتها بالتهاب يخدر الأوتار الصوتية ويؤذيها إلى حد كبير من دون أن تشعر بذلك .
- أوقف الحرقة لتسلم الأوتار :إن الحرقة في فم المعدة هي مشكلة تصيب الجميع تقريباً في وقت من الأوقات ، إذا كنت من الأشخاص الذين أصيبوا بها فاعلم أن مسببها هو الحمض الذي تفرزه المعدة ويرتفع صعوداً إلى المرئ ويمكن لهذا الحمض أن يتسرب أيضاً إلى الحنجرة ويؤذي الأوتار الصوتية فيحدث بحة في الصوت ، ويخفضه إلى طبقة أدنى.



الفصل الخامس

التلعثم
تشخصيه وعلاجه



إن طلاقة الكلام تعتبر قدرة شخصية يتميز بها بعض الأشخاص الذين لديهم القدرة على الاسترسال في الحديث دون عقبات ،أما الأشخاص الذين يعانون من مشاكل يمكن أن تعيق هذا الاسترسال فهم عادة ما يتعرضون للسخرية أو النبذ من قبل أقرانهم ،كما يمكن أن يعيق التلعثم مظاهر النمو العادي التي من المفترض أن يتمتع بها الطفل .

التلعثم *Stuttering* هو نقص الطلاقة اللفظية أو التعبيرية ويظهر في درجات متفاوتة من الاضطرابات في إيقاع الحديث العادي وفي الكلمات بحيث تأتي نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصلة عنها أو قد يظهر في شكل تكرار للأصوات ومقاطع أو أجزاء من الجملة وعادة ما يصاحب بحالة من المعاناة والمجاهدة وهو اضطراب يصيب طلاقة الكلام المسترسل**.**وغالباً ما يصاحب التلعثم تغيرات على وجه المتكلم تدل على خجله تارة أو تألمه أو الجهد المبذول لإخراج الكلمات تارة أخرى ، فمثلا**:**يقول **:**أنا إس إس إس مي محمد . ويعد التلعثم اضطرابا يشمل تردد، وتكرار ، أو إعاقات أثناء الكلام.

كما توجد أنماط أخرى لعسر الكلام تتضمن **:** الاعتراضات بين الكلمات المتقطعة، التوقف المسموع أو الصامت ، الدوران حول الكلمات نطق كلمات مصحوب بتوتر جسمي ، تكرار كلمة أو مقطع من الكلمة **.** وهذا الاضطراب يمكنه أن يتدخل ويعطل التحصيل الأكاديمي أو الانجاز المهني والتواصل الاجتماعي لدى تلاميذ المدارس .

ويتباين مدى الاضطراب من موقف إلى آخر ويكون أكثر شدة في وجود عوامل أو مثيرات من الشدة والضغط على عملية التواصل وغالباً ما يختفي التلعثم أثناء القراءة الجهرية أو الغناء أو التحدث لأشياء غير حية .

ويعرفه "ويندل جونسون بقوله :"إن التلعثم هو تلك المظاهر التي يقوم بها الشخص الذي يعاني منها عندما يحاول ألا يكون متلعثماً مرة أخرى

ويبدأ التلعثم عادة بشكل تدريجي ويكون أثناء فترة الطفولة المبكرة وهذا النوع ينتشر بين الذكور أكثر مما ينتشر بين الإناث في كل المجتمعات تقريباً. وغالبية الأطفال الصغار يمرون بفترة قصيرة من التلعثم ، وقد يتطور التلعثم من تكرارات بسيطة للأصوات إلى تكرار للكلمات والمقاطع لدى حوالي ١% من الأطفال.

أسباب التلعثم:

هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير التلعثم ويمكن تلخيصها في ما يلي:

أولاً :نظريات العوامل الوراثية العضوية :

وتعتقد أن أسباب التلعثم تعود إلى بعض العوامل الجسمية أو التكوينية مثل الخطأ التكويني في اللسان أو تلف يصيب وظائف المخ والتلعثم يميل إلى الجريان في العائلة مما يشير إلى دور الوراثة في الإصابة به ، ولكن غير واضح ما الجين الوراثي المسوؤل عن ذلك . وأوضحت ليديا كيبوك في دراستها أن للجينات الوراثية قوانين بيولوجية تساعد على انتشار التلعثم ، وقد يكون نشاط المخ هو المسئول عن التلعثم ، وأن هناك حقائق واضحة تقول بأن مخ المتلعثمين مختلف عن مخ غير المتلعثمين.

ويذهب علماء آخرون بينت دراستهم أن الدوبامين يعمل بصورة أعلى في مخ المتلعثمين. وهناك إثبات أن التلعثم ربما يرتبط مع بعض الاختلافات العصبية والعوامل النفسية تؤثر في شدة الأعراض مع كل حالة. والمدهش أن الذين لديهم صعوبات كلامية كبيرة غالباً لا يتلعثمون عند الغناء أو عندما يتحدثون بمفردهم لأنفسهم . والتلعثم يميل إلى الدوام في مرحلة الشباب وهو أكثر شيوعاً في الذكور عن الإناث .

وفي دراسة أخرى يؤكد كريج "أن هناك علاقة وثيقة بين القلق والتلعثم وأن القلق يعتبر نتيجة للتلعثم أكثر من أن يكون مسبب له. وفيما يلي سنعرض لأبرز النظريات التي تناولت ظاهرة التلعثم من منطلق النظرة العضوية الوراثية.

نظرية الهيمنة المخية:

وقد لاحظ أصحاب هذه النظرية أن كثيرًا من المتلعثمين كانوا من أصحاب اليد اليسرى وبدأت مظاهر التلعثم عندهم عندما أجبروا على استخدام اليد اليمنى في الأكل والكتابة .

النظرية البيوكيميائية:

وترجع التلعثم إلى اضطراب في عملية الأيض (البناء الحيوي) وفي التركيب الكيميائي للدم.

النظريات النيوروفسيولوجية:

وفق هذه النظرية فإن التلعثم ينشأ نتيجة مرض عصبي عضلي حيث تعمل العضلات الخاصة بالنطق بغير كفاءة أو تناسق .

نظريات العوامل النفسية العصبية :

إن الباحثين الذين ارجعوا حدوث التلعثم إلى عوامل نفسية قد وجدوا أن هناك سوء توافق في الشخصية ،والبعض يرجعها لصراعات بين رغبات متعارضة ، وهناك من يعتبر التلعثم سلوكاً متعلماً.

نظريات ترجعها للعوامل الاجتماعية:

- نظرية جونسون:

يؤكد على أن العقاب واللوم من قبل الوالدين ممكن أن يسهما في ظهور التلعثم.

- نظرية صراع الدور:

تؤكد هذه النظرية على أن التلعثم يحدث نتيجة الصراع بين الذات والدور الذي تلعبه ،والذات يقصد بها الكيفية التي يدرك بها المتلعثم نفسه في الموقف الاجتماعي .والدور هو إدراك الأخر المستمع. ووفقا لهذا فالتلعثم اضطراب في التقديم الاجتماعي للذات.

وفي دراسة *Lindsay **&** Homzie* بعد مراجعة لبعض الأبحاث والنظريات الرئيسية المتعلقة بأسباب التلعثم وتطوره من وجهة نظر تاريخية تم التوصل إلى أن هناك مصادر مختلفة تؤكد على أن العيوب اللغوية عامل أساسي مساهم في حدوث التلعثم وقد تم تصنيف النتائج إلى ثلاث موضوعات. وقد نسبت التلعثم إلى عوامل عصبية وعضوية ، وإلى ضغوط المواقف والعوامل النفسية أو اكتساب السلوك وقد تم تحديد المجموعات الفرعية للأطفال الذين يشكلون مجموعة المخاطر العالية.

وفي دراسة أخرى قام *Jones* وزملاؤه بالبحث في العوامل التي حددها بروان (١٩٤٥) عند التنبؤ بخلل النطق للأطفال والبالغين الناطقين بالألمانية الذين يعانون من التلعثم وقد تم أخذ عينة النطق التلقائي من عينة

تتشكل من ١٥ يتحدثون بالألمانية تتراوح أعمارهم ما بين ١٦ – ٤٧ سنة و ١٧ طفل تتراوح أعمارهم ما بين سن ٧ – ١١ وقد تم تشفير بيانات النطق طبقاً لعوامل براون. وقد أظهرت النتائج أن طول الكلمة / ومحتوى الكلمة / وظيفة الكلمة قد زاد من معدل التلعثم على نمط كبير وعند زيادة صعوبة الكلمة يرتفع معدل التلعثم مع الأطفال فقط وكان العامل الأكثر أهمية هو طول الكلمة ولم يتم التحكم في معدل التلعثم إلى نفس المدى من خلال الصعوبة الكلية للكلمة والنتائج أكدت على أن هناك تأثيرات حركية ولغوية على التلعثم.

أعراض التلعثم :

تتميز هذه الأعراض كما جاء بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية الذي أصدرته رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية عام**1994**

بما يلي – نعلم أنه صدر الدليل الإحصائي الخامس ولكننا لم نتمكن من مراجعته ونتمنى أن نراجعه لمعرفة هل هناك فروق في المحكات التشخيصية أم لا؟ : -

- تكرار الصوت أو المقطع .
- إطالة الصوت .
- التداخلات .
- تكسير الكلمات
- إعاقة مسموعة أو صامته.
- التحايل الكلامي.
- إخراج الكلمات مع توتر عضلي مسرف.
- تكرار الكلمات مفردة المقاطع

الصورة الإكلينيكية للأعراض تتمثل في:-

- التكرار***Repetitions*** **:**

أن التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة، حيث أنها أحد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع .

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجلجة إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعاً بين الأطفال الصغار.

- الإطالات الصوتية ***Prolongations***

حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة. وبعد إطالة الصوت شكلاً مهماً لهذا النوع من الاضطراب الكلامي، حيث أنه من النادر وجوده في كلام غير المتلعثمين . كما أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللجلجة إذا تركت فسوف تتطور من سيء إلى أسوأ" أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلى أطالات صوتية"، ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية، حيث تبدو المشكلة في مراحلها المبكرة والعلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن .

- التوقفات الكلامية : ***Blockages***

تحدث الإعاقات الكلامية بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقة الحركة الآلية للكلام، بالإضافة إلى ضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقة، وقد يصاحب هذه الإعاقات توتراً وارتعاشاً في العضلات عند نقطة الإعاقة. وقد تطول مدة الإعاقة أو تقصر تبعاً لشدة الاضطرابات وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي . ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق العبارة أو الكلمة.

- اضطرابات في التنفس : ***Apenea***

وتتمثل في وجود مشكلة في عملية التنفس مثل استنشاق الهواء بصورة مفاجئة وإخراج كل هواء الزفير .ثم محاولة استخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات .

- نشاط حركي زائد : ***Hyperactive***

وهي مظاهر ثانوية مصاحبة للتلعثم نجدها في حركات غير منتظمة للرأس ورموش العين وحركات الفم المبالغ فيها وأصوات معوقة مثل آه..آه وإرتفاع حدة الصوت أو جزء منه بطريقة شاذة وغير منتظمة، وارتعاشات حول الشفاه، كما تحدث حركات مفاجئة لا إرادية لليدين أو الرجلين أو أي جزء من أجزاء الجسم وخاصة في الرقبة.

السلوك التجنبي : ***Behavior avoidances***

ويعكس هذا السلوك رغبة المتلعثم في تجنب ما يترتب على تلعثمه من نتائج غير سارة ويأخذ أشكالاً مختلفة مثل مثير معين كحروف معينة أو كلمات بعينها وكذلك لتجنب المواقف التي ترتبط بها اللعثمة .

- ردود الأفعال الانفعالية :***Reactions Emotional***

كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وأحاسيس من العجز واليأس والخجل وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المتلعثم عن التواصل مع البيئة المحيطة.

أنواع التلعثم :

ينقسم التعلثم وفقاً للجمعية الوطنية البريطانية للتلعثم إلى:

- التلعثم التطوري :

وهو شكل طبيعي ما بين سن **2** إلى **5** سنوات من عمر الطفل.

- التلعثم العصبي :

ربما يحدث بسبب إصابة في المخ.

- التلعثم السلوكي :

ويحدث نتيجة عوامل سلوكية.

- التلعثم الثانوي :

ويشمل تكرار الحروف، والمقاطع، وتوقفات أو توتر عضلي ، وتشنج في العضلات وغيرها.

- التلعثم الأولي :

وهو أقل خطورة من الثانوي ويكون لدى الأطفال بين ٣- ٥ سنوات وقد تكون حالة سوية.

- التطور :***Prognosis***

وفيما يتعلق بتطور التلعثم فقد لوحظ أن بدايته تكون في عمر سنتين، وأن أغلب الأطفال الذين يتلعثمون في مرحلة الطفولة قد تزول الأعراض مع تقدم العمر تلقائياَ، ولكن أية مضاعفات نفسية أو اجتماعية أو أسرية من شأنها أن تنقل هذه الأعراض إلى المرحلة التالية من العمر ، وقد تعمل على تثبيتها أيضاً.

التلعثم وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية:

يبدو أن هذا الاضطراب عالمياً ولكنه يختلف من دولة إلى أخرى ومن ثقافة إلى أخرى ، وهناك عدد من العوامل التي لها علاقة بانتشار التلعثم منها :

- الجنس :

يكون التلعثم أكثر في الرجال منه في النساء ففي كل **4** رجال يقابله امرأة واحدة. وهنا نسأل لماذا أكثر في الرجال ؟ حيث وجد بعض العلماء أن هناك علاقة وثيقة بين جين الجنس وبعض العلامات الدالة على التلعثم .ونستطيع القول ببساطة أن الذكور أكثر اكتسابا لأغلب الاضطرابات من الإناث.

- السن :

بداية نقرر أن التلعثم هو اضطراب طفولي أي يبدأ في الظهور في مرحلة الطفولة.ونادرًا ما يبدأ في مرحلة المراهقة ،وإن بدأ في هذه المرحلة فأنه يكون صعبا في علاجه.ومن الجدير بالذكر أنه يبدأ عادة بشكل تدريجي.

- التاريخ الأسري :

بعض الدراسات أثبتت دور الوراثة في الإصابة بالتلعثم .وأنه يتم نقلة من الوالدين إلى الأبناء .

التلعثم وعلاقته ببعض الأمراض النفسية:

- التلعثم وعلاقته بالقلق:

القلق كما ورد في المعجم الوسيط قلق : أي لم يستقر في مكان واحد ، ولم يستقر على حال ، وقلق بمعنى اضطرب وانزعج ، وهو حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل. وهو حالة من الخوف والتوتر والقلق تصيب الفرد. ويصف سبيلبرجر *Spielberger* القلق بأنه حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي.

للقلق مجموعة من الأعراض نوجز منها ما يلي:

١.أعراض نفسية :

تتصف بالتردد والتشكك وتزاحم الأفكار ، وسرعة الهياج والانزعاج من الضوضاء . ويتصف مريض القلق بالخوف من كل شي : من المرض ،الموت ...الخ .

٢.أعراض جسمية:

مثل الصداع وألام في الرقبة والظهر مع سهولة حدوث التعب والضعف والتوتر ،كذلك فقد الشهية وعسر الهضم وأعراض أخرى في الجهاز الهضمي. وقد يحدث قصر في التنفس وانقباض في الصدر.

٣.أعراض أخرى:

مثل الأرق ونقص التركيز ،والتهيج والكوابيس والنسيان . ولكن من المهم أن ننوه أن هذه الأعراض لا توجد لدى كل مريض ،بل تتركز شكاوى المريض حول جهاز أو عضو معين.

ما يزال الجدل حول العلاقة بين القلق والتلعثم مستمرا منذ سنوات طويلة ، وقد ثبت أن التلعثم لا ينتج عن نمط معين من الشخصية ولا هو ناتج عن الاكتئاب ولا يوجد على الإطلاق أي دليل يؤكد أن المتلعثمين لديهم مستوى مرتفع من القلق الاجتماعي أي أن القلق يكون نتيجة للتلعثم أكثر من أن يكون مسببا له.والحديث للآخرين يعتبر مهارة اجتماعية مهمة وأي مقاطعة لهذه المهارة قد يسبب - بدرجة كبيرة - زيادة الخوف وهو ما يسبب حينها القلق . ويتبادر للذهن سؤال :هل كل المتلعثمين قلقون؟ وحتى نجيب على هذا السؤال يجب أن ندرس حالة كل متلعثم دراسة فردية وافية . ولتأكيد ما نذهب إليه نذكر ما توصل إليه كريج ***Craig*** ببحث قابل خلاله ما يقارب من ١٢،٠٠٠ شخص، في ٤٦٨٩ عائلة، لقد تم اختيار العائلات عشوائيا وقسمت الى كل المستويات الاجتماعية حتى يتأكد أن العينة تعبر عن كل الناس فيها . وقد وجد أن ٨٧ شخص يتلعثمون وقد تم قياس مستوى القلق لديهم ومستوى شدة التلعثم ، وكذلك سألناهم إذا ما قد سبق وأن تلقوا أي علاج أم لا. و كانت النتيجة مدهشة ، كما وقد سبق وأشرنا الأغلبية (٦٠%) لم يتلقوا أي علاج للأسباب الآتية:

- أنا لا أتلعثم بتلك الشدة.
- لم أعلم أنني أتلعثم.
- حالة التلعثم مفاجئة.

والعينة المتلعثمة الكلية بينت أن لديها مستوى عال من القلق الشديد عن الأشخاص غير المتلعثمين. وهذا أشار إلى أن المتلعثمين لديهم احتمال تطور مستوى عال من القلق، بغض النظر عن شدة تلعثمهم أو إن كانوا قد تلقوا علاج أم لا، إنه من المهم الإشارة إن الذين تلقوا علاج في وقت ما من حياتهم أكثر قلقا من الذين لم يتعرضوا للعلاج أبدا. وبوضوح الأشخاص الذين طلبوا العلاج من الممكن أن يصبحوا أكثر قلقا ، ببساطة لأنهم أكثر شدة. المجموعة التي طلبت العلاج كانوا أشد بمرتين في تلعثمهم (تلعثم ١ من ١٠ مقاطع) من الذين لم يتلقوا علاج (تلعثم ١ من ٢٠ مقطع) .، ووجد أن ٨٧ شخص يتلعثمون، وقام بقياس مستوى القلق لديهم ومستوى شدة التلعثم ، وكانت النتيجة أن العينة المتلعثمة بينت مستوى مرتفع من القلق وهذا يثبت أن المتلعثمين لديهم احتمال تطور لمستوى القلق ، ومن المهم أن نعلم أن الأشخاص المتلعثمين لا يختلفون عن غير المتلعثمين في نمط الشخصية أو الحالة المزاجية وإن الأشخاص المتلعثمين ليس لديهم مستوى عال من القلق الاجتماعي لكن القلق يكون نتيجة للتلعثم أكثر من أن يكون مسبب لها .. كما يواجه المتلعثمون احتمالات الشعور بالخجل والإحباط عند عرض وجهات نظرهم في مجموعة من المتكلمين ، والبحوث وجدت أن الأشخاص المتلعثمين قلقون اجتماعيا ، وإن مستوى القلق يزيد مع العمر حيث يرتفع في مرحلة الشباب ، وكلما تقدم العمر زادت الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية فيزداد التواصل ومن ثم يزيد القلق من التلعثم ، بينما الأطفال لم يظهروا مستوى غير طبيعي من القلق وكذلك القلق عند الإناث المتلعثمات أكثر من الذكور المتلعثمين . ويشعر المتلعثمون دوما أنهم غير مساعدين وغير متحكمين في حياتهم بسبب التلعثم . والمراهقون المتلعثمون أبدوا مستوى عال من خوف الاتصال والانزعاج أكثر من غير المتلعثمين . وأغلب المتلعثمين يصدقون أن القلق يلعب دورًا مهما في تلعثمهم وأغلب المختصين يؤمنون بذلك أيضا. وأحد الجوانب من علاقة القلق بالتلعثم والتي لم تدرس بعد هي هل القلق الاجتماعي أعلى في متوسطه في المتلعثمين في المجتمع الذين لم

يتلقوا أي علاج مقارنة بالمتلعثمين الذين عولجوا ؟. وهل كل المتلعثمين قلقون اجتماعيا؟ وهذا سؤال صعب . لإثبات الإجابة عليه لابد لنا أن نقابل عدة ألوف من الناس حتى نجد مجموعة كافية وكبيرة من المتلعثمين للدراسة. إنه من المهم الإشارة إن الذين تلقوا علاج في وقت ما من حياتهم أكثر قلقا من الذين لم يتعرضوا للعلاج أبدا، ببساطة لأنهم أكثر شدة. والمجموعة التي طلبت العلاج كانوا أشد بمرتين في تلعثمهم (تلعثم ١ من ١٠ مقاطع) من الذين لم يتلقوا علاج (تلعثم ١ من ٢٠ مقطع) . لذا فمن الواضح والمعقول أن نستنتج إنه كلما زادت شدة التلعثم كلما اقترنت مع ارتفاع في مستوى الإحباط الاجتماعي والنفسي يؤدى إلى ارتفاع في مستوى القلق الاجتماعي كنتيجة لانزعاجهم وقلقهم فيجعلهم يسعون لطلب المساعدة المتخصصة لمواجهة تلعثمهم. وكذلك وجد أن مستوى القلق المزمن يزيد مع التقدم في العمر على الأقل حتى منتصف الشباب، بينما الأطفال لم يظهروا مستوى غير طبيعي للقلق. وأن القلق يبدأ في الارتفاع في المراهقة ويستمر في الارتفاع حتى مرحلة الشباب ، وكلما تقدم العمر كلما زادت الحاجة للعلاقات والمهارات الاجتماعية في المجتمع . والشخص الذي لا يستطيع أن يبقى طليق الكلام يزيد من الأولويات الاجتماعية والشخصية مما يزيد الشدة والقلق لديه ، إذا لم نتعامل مع هذه الشدة سوف تتسبب في زيادة مستوى القلق والذي سوف يؤدي إلى نتيجة سلبية في الشخصية والأفكار الاجتماعية.

ودراسة أخرى عن التجنب الاجتماعي قام بها *Tran* **&** *Craig*، توصلا فيها لنتيجة أخرى مهمة إلى حد ما هي أن تلك الفروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق ، حيث وجد أن الإناث المتلعثمات لديهن مستويات مرتفعة ومتطابقة من القلق أكثر من الذكور المتلعثمين.

وعليه نجد أن القلق هو عرض من أعراض التلعثم، وهناك علاقة متبادلة بينهما إذ يمكن أن نقول أن التلعثم قد يسبب القلق وأن القلق قد يزيد من حالة التلعثم. وما زال الحديث مستمرًا والجدل قائما ينتظر جهود المهتمين والمختصين لدراسة هذا الجدل وحسمه إن أمكن.

التلعثم وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي:

بداية نرى أنه من المفيد أن نقرر أن هناك عديد من الصفات الدالة على التوافق النفسي والاجتماعي وهي:

١. اعتماد الطفل على نفسه فيما يقوم به من أعمال دون الاستعانة بالآخرين .

١- إحساس الطفل بقيمته من حيث تقدير الآخرين له وحبهم له.

٢- شعور الطفل بحريته أي بقدرته على توجيه سلوكه .

٣- شعور الطفل بالانتماء أي يتمتع بحب والديه وأسرته وبأنه مرغوب من زملائه.

٤- تحرر الطفل من الميل للانفراد والعزلة والانطواء والوحدة .

٥- خلو الطفل من الأعراض العصبية والانحراف النفسي كعدم القدرة على النوم والأحلام المفزعة والكوابيس والخوف والعصبية .

٦- اعتراف الطفل بالمستويات الاجتماعية من حيث إدراك حقوق الآخرين وموقفهم نحوه .

وفي قضية التلعثم ومدى تأثيره في الاتصال الاجتماعي فقد تمت قام ***Dawn*** (٢٠٠٢) بدراسة اتضح من خلال تحليل البيانات اللفظية الوصفية التي تم استخلاصها من حواراته مع ٢٣ طفل من المصابين بالتلعثم ، وعدد ٢٣ من العاديين وقد وضعوا الأحاديث الجيدة والسيئة للمتحدثين الآخرين مع إعطاء تقييم ذاتي لهم وقد أوحى تحليل اللقاءات أن المصابين كان لديهم معايير غير سلمية عند وصف سلوك حديث الآخرين ، مع ملاحظة أشكال نطق اللغة في كل وصف، ووجد أن الأطفال العاديين قد استخدموا معايير ذاتية عند وصفهم سلوك الحديث لدى الآخرين مع تقديم وصف ايجابي عن أشكال اللغة والنطق بالإضافة إلى أن المصابين قد عبروا عن بعض التحفظات في وصف أنفسهم على أنهم متحدثين جيدين ، بينما وجد أن أقرانهم الأسوياء قدموا تقويما إيجابيا عن قدراتهم الكلامية ، وقد برهنت النتائج على أن المفاهيم المبكرة لقدرات الاتصال بين المصابين بالتلعثم بالآخرين تتأثر بتجارب وخبرات المتلعثمين بين العاديين والمصابين وخاصة في مفاهيم الاتصال المبكر. وبحثت هذه الدراسة أيضاً الدور الذي يلعبه التلعثم في تشكيل

مفهوم الذات للمصابين ضمن التفاعل الاجتماعي، وقد تم افتراض أن مفهوم الذات الأقل نسبياً لدى المصابين ينتج أساساً من المشاركة ضمن التفاعلات الاجتماعية ، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية في التفاعل مع الغرباء وعلاقة سلبية لدى البالغين مفهوم الذات. وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة عكسية للمتغيرين بين الأطفال والبالغين خاصة فيما يتعلق بالتفاعل في المواقف المذكورة أعلاه.

التلعثم وعلاقته بالذكاء:

فيما يتعلق بالعلاقة بين الذكاء والتلعثم وما إذا كانت هناك فروق بين المتلعثمين والعاديين في الذكاء فقد قام محمد ناصر قطبي وآخرون *Kotbi & et al* (١٩٩٢) بدراسة على عينة من المتلعثمين والعاديين في مصر ، وقارن بين المتلعثمين وغير المتلعثمين من حيث كل من (الذكاء ، ومفهوم الذات، والقلق ، والاكتئاب) وقد تبين من النتائج أنه لا توجد فروق دالة إلاّ في القلق والاكتئاب، أي أنه لا يوجد أي فروق في الذكاء بين المتلعثمين وأقرانهم غير المتلعثمي .

وفي دراسة *Vekass y* تم فحص ١٤١ من المتلعثمين على مدار ٥ سنوات في الذكاء والسلوك الحركي فوجد أن الذكاء كان جيدا وأن السلوك الحركي امتد لفترة من الزمن في بعض المتلعثمين .

وفي دراسة *Silverman* أجريت على أساتذة الجامعة في ٣ جامعات أقروا بان الطلاب المتلعثمين أظهروا ذكاء وكفاءة أقل من أقرانهم غير المتلعثمين.

وتناول *Collin &Blood* في دراسة حول ما إذا كان إقرار المتلعثمين بتلعثمهم يؤثر كعامل في تعامل غير المتلعثمين معهم ، فوجدوا أن غير المتلعثمين يرغبون في التعامل مع المتلعثمين المقرين بتلعثمهم وأعطوهم معدلات مرتفعة في مقاييس التوافق والذكاء والشخصية .

التلعثم وعلاقته بتقدير الذات

يشير تقدير الذات إلى مدى اعتزاز الفرد بنفسه أو مستوى تقويمه لنفسه . ويعد تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق النفسي، فيستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة دون أن يفقد شجاعته كما يمكنه مواجهة الفشل في الحب أو العمل دون أن يشعر بالحزن أو بالانهيار لمدة طويلة بينما يميل الفرد ذو تقدير الذات

المخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم تلك المواقف الجديدة حيث أنه يتوقع فقد الأمل مسبقاً . وإن تقدير الذات يشير إلى التقويم الذي يضعه الفرد لنفسه .ويرى روزنبيرج (*Rosenber*) أن تقدير الذات يعني شعور الفرد بأهمية نفسه واحترامه لها.

ويلقى مفهوم تقدير الذات اهتماما كبيرا لدى الباحثين في علم النفس .فقد أجريت العديد من البحوث في تقدير الذات كحاجة ، وكاتجاه ، وكبعد ، وكشرط ضروري للانجاز ، وكمؤشر للصحة النفسية، وكمتغير وسيط . وتقدير الذات كما تحدث عنه الباحثون متغير يعبر عن اتجاه الفرد نحو نفسه بالاستحسان أو الاستهجان.

كما يقصد بتقدير الذات الاتجاهات المتكونة لدى الفرد نحو نفسه وهذه الاتجاهات أما أن تنطوي على إدراك الفرد لقيمة الذات وتقديرها واعتبارها أو على رفض الذات والاعتقاد في عدم جدواها وقيمتها.

وفي بحث ***IACARINO*** قارن فيه بين المصابين بالتلعثم والعاديين فيما يتعلق بتقدير الذات وتشفير – تكويد - وفك تشفير الاتصال غير اللفظي والعلاقة بينها، وقد تم مجانسة ٢٥ مصابا بالتلعثم ١٧ ذكور ، ٨ إناث تتراوح أعمارهم من ١٩ – ٢٧ مع مجموعة من العاديين غير المتلعثمين في كل من العمر و درجة ونوع التعليم والنوع – الجندر - وقد طبق كل الأفراد المشاركين مقياس تنسى لمفهوم الذات لتقويم تقدير الذات الاجتماعي ، بالإضافة إلى مقياس الحساسية غيراللفظية وقد تم استخدام هذه المقاييس لتحديد قدرة الفرد على تفسير التلميحات – الإشارات - غير اللفظية. وقد تم استخدام قدرات فك التشفير لتحديد الأفراد ، وقد قام كل فرد على حدة بمشاهدة أربعة مقاطع فيديو بغرض تحفيز واستثارة عواطف معينة مثل الغضب الخوف السعادة ، الدهشة وقد تم تسجيل ردود أفعال الأفراد أثناء المشاهدة ، وقد تم تحرير مقاطعالفيديو لكي يتم مشاهدتها من ٢٠ من الطالبات الذين تم اختيارهم (حكام) وقد طلب منهم التأكيد على وجود أو غياب التعبير الوجهي لكل فرد مشارك في مشاهدة كل مقطع. وقد أشارت نتائج تحليل مقياس مفهوم الذات إلى عدم وجود اختلافات كبيرة عند مقارنة المصابين بالتلعثم مع العاديين، وأشارت التحليلات الإضافية غلى عدم وجود علاقة تبادلية بين مفهوم الذات وفك التشفير أو التقدير الذاتي وفك تشفير الاتصال غير اللفظي. كما وجدت فروق كبيرة بين المتلعثمين والعاديين في فك تشفير (كود) الاتصال أو التواصل غير اللفظي مع وجود اختلافات كبيرة أيضاً بين

الإناث والذكور في فك تشفير التلميحات غير اللفظية حيث أظهرت الإناث أداء أفضل، وكان السن والخلفية التعليمية عوامل مهمة حيث تتوافق الزيادة والنقصان في التعليم مع القدرة على فك التشفير، وقد كشفت نتائج مكون فك التشفير الذي تم قياسه على كم التأثير الوجهي على تأثير التفاعل بينهما لم يكن هناك إختلافات كبيرة بين مجموعة المتلعثمين والعاديين إلاَّ في الذكور والإناث حيث كان يوجد فرق بينهما ، ومن ناحية أخرى وجد اختلاف كبير بين الإناث والذكور من المصابين بالتلعثم ، وفي مقدار التأثير الوجهي حيث كان المصابين لديهم أكبر مقدار من التأثر الوجهي بينما أظهرت الإناث أقل مقدار من التأثر.

وفي دراسة *Nagasawa **&** Mak* كان الهدف بحث سمات تطوير تقدير الذات لطلاب المدرسة المتوسطة المصابين بالتلعثم ودراسة العلاقة بين تقدير الذات وإدراك كفاءة التواصل. وقد طبق على المجموعة مقياس تقدير الذات حيث كان عدد الأولاد ١٣٢ وعدد البنات ٣٩ وكان مدرجين في فصول خاصة بالمدرسة المتوسطة وأيضاً أطفال عاديين (٦٩٦ ولد – ٧٢٢ بنت) وكان مقياس تقدير الذات يحتوي على ٤٢ بند بينما مقياس كفاءة التواصل ١٩ بند. وكانت النتائج كما يلي: عدم وجود فروق دالة بين نقاط تقدير الذات للمجموعتين من الأطفال من الصف الثالث إلى السادس ، حيث كانت النقاط متشابهة ومنخفضة بين الأطفال المتلعثمين والعاديين. وقد تشابهت المجموعتين في الثقة ، والحافز وقبول الذات. وكانت هناك علاقة إيجابية تبادلية بين كل مجموعات الأطفال في كل الصفوف وبين نقاط تقدير الذات ومقياس كفاءة التواصل ومع ذلك كانت العلاقة التبادلية للأطفال العاديين من الصف السادس أصغر من الناحية الإحصائية عن الصفوف الآخرى وصفوف الطلاب المتلعثمين.

وفي بحث *Yovetich* وزملائه أثبتوا أن تقدير الذات عامل مهم في فهم العلاج الإكلينيكي للتلعثم ، وقد قامت الدراسة بتقويم تقدير الذات لعدد ٢٥ من الأطفال (أعمارهم بين ٧,١ – ١١,٩ سنة) الذين يعانون من التلعثم، وقد تم تطبيق مقياس تقدير الذات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة للأبعاد الخمسة لمقياس تقدير الذات ، وقد تمت مناقشة هذه النتائج لأهمية علاقتها مع التقويم والتدخل الإكلينيكي لأطفال المدارس المتلعثمين.

التلعثم وعلاقته بالرسم :

في دراسة ***Devore*** وزملائه تمت مقارنة ٥ رسومات تتعلق بمقياس مواقف الاتصال التي تم انجازها من ٥ من صغار المصابين بالتلعثم تتراوح أعمارهم من ٥ – ١٠ سنوات مع مجموعة ضابطة من ٥ أفراد من الأطفال العاديين في بداية ونهاية فترة العلاج التي استغرقت ٣ أشهر ولم توجد فروق في مقياس مواقف الاتصال بين الأفراد العاديين والمصابين بالتلعثم ، وقد تم التمييز في الأداء الخاصة بالرسومات المختارة خلال فترة المعالجة للصغار المصابين بالتلعثم بحيث لم توجد فروق دالة من شأنها التأكيد على وجود فروق بين المتلعثمين وغيرهم من إقرانهم.

أما دراسة ***Rachel*** وآخرين فقد هدفت للكشف عن مؤشرات الرسوم الشخصية الذاتية التي تعكس التلعثم في البالغين، وقد تم تقديم ورقة حجمها **A4** إلى عدد ٢٠ بالغ مع أقلام رصاص وهؤلاء مصابون بالتلعثم، وقد طلب منهم أن يقوموا برسم أنفسهم وقد تم مقارنة رسومات المصابين بتلك التي تخص العاديين الذين تمت المجانسة معهم في السن ، والتعليم والنوع ، وقد تم اختيار كل مؤشرات أعضاء الجسم التي ترمز إلى الأحاسيس والاضطراب الاجتماعي بالإضافة إلى أن المصابين بالتلعثم نزعوا إلى إضافة باقة أو رسم خط داخل الرقبة في الرسومات.

وفي دراسة ***Wiesel*** وآخرين حول التلعثم كما انعكس في نماذج من رسوم المراهقين (على عينة من ٢٠ شخص من نفس العمر والنوع وطلب منهم رسم أنفسهم)، وجدوا أن المتلعثمين قاموا برسم العيون والأذنين والحنجرة بطريقة تختلف عن أقرانهم غير المتلعثمين، كما أنهم أضافوا بعض الألوان والخطوط في منطقة الرقبة، وقد أجريت هذه الدراسة

استراتيجيات التشخيص : ***Diagnostic Strategies***

لما كانت الاختبارات التشخيصية عن حالات التلعثم تعتبر محدودة فإن قدرًا كبيرًا من المسؤولية يقع على عاتق الأخصائي الإكلينيكي في تصميم وسائله الخاصة لتقويم ووصف المظاهر الخاصة بسلوك التلعثم .ويتم ذلك من خلال الدراسة المفصلة للتاريخ التطوري للحالة ، وتستخدم هذه المعلومات في تقدير درجة الاضطراب والطريقة التي تطورت بها الحالة وتحديد البرنامج العلاجي الذي يناسبها .والتقويم الشامل للطفل المتلعثم لابد أن يشمل

أيضاً تقويم المهارات الحركية والسمعية واختبار للقدرات اللغوية ، ولعل الأهم من ذلك كله هو المقابلة الشخصية للطفل ووالديه والتي تزود الأخصائي بالمعلومات الشاملة عن دور كل من الوراثة عن طريق مراقبة كيفية نطق الوالدين والسلوك الذي يتبعاه في معاملة الطفل والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

وكذلك التعرف على مستوى القدرة العقلية العامة بالاستعانة بالمقاييس والاختبارات العقلية المناسبة للمستوى العمري والتعليمي ، علاوة على تطبيق بعض إختبارات الشخصية التي تمكن الأخصائي من الوقوف على سمات شخصية المتلعثم ومستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديه والكشف عن المشكلات التي قد يعاني منها بشكل عام .هذا وهناك عدة اختبارات سيكومترية وإسقاطية وشبه إسقاطية قد تصلح للأطفال الصغار وأخرى للكبار نذكر منها :

- اختبار بينيه للذكاء الصورة الخامسة إعداد صفوت فرج.
- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص للأطفال والمراهقين. – إعداد المؤلف والذي نال عنه درجة الدكتوراه عام ٢٠٠٣).

وكدلالات إضافية فإنه يجب على الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تعاونه مع أخصائي النطق والكلام أن يحدد أشكال عدم طلاقة النطق من ناحية واللزمات الثانوية المرتبطة بها من ناحية أخرى وذلك باستخدام أنواع مختلفة من مواد القراءة أو مواقف مختلفة تتطلب الكلام الذي يساعد على تحديد درجة وحدة التلعثم . ويساعد ذلك في تحديد البرنامج العلاجي .

علاج التلعثم :

يجب أن ننوه أنه لا يوجد علاج واحد فعال للتلعثم وأن أغلب الحالات تكون قصيرة المدى ويتحسنون بمفردهم ، وفي الحالات المستمرة فالعلاج التخاطبي يساعدهم على تخطي المشكلة. فالعلاج يرتكز على تخفيف الآثار المصاحبة لعدم طلاقة الكلام وهو ما يشعر به المتلعثم إزاء المواقف التخاطبية من خوف وكبت وتوتر وشعور بالإثم والعدوانية ،وفيما يلي نعرض بعض الأساليب العلاجية:

١- العلاج النفسي:

للعلاج النفسي طرق متعددة منها " الاسترخاء الكلامي " و يكون الاهتمام منصب فيه على تخفيف الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام ،

وإيجاد ارتباط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي ذاته ومما يزيد من فاعلية طريقة الاسترخاء الكلامي دعمها ببعض التدريبات على الاسترخاء الجسمي.

وهناك عدة طرق أخرى مثل:

- تمرينات الكلام الإيقاعي.
- طريقة النطق بالمضغ.
- استخدام الغناء والموسيقى .

ويجب أيضاً أن يتناول العلاج النفسي التقليل من:

- الخوف أثناء الحديث.
- تقليل الاحباطات المختلفة التي من الممكن أن يشعر بها المتلعثم.
- الاتجاهات السلبية نحو المتلعثم.
- القلق – الشعور بالذنب – العدوان .
- تقليل المواقف الاجتماعية الضاغطة .

ويجب في نفس الخطة العلاجية تطوير الجوانب التالية:

- تعزيزات الذات .
- الثقة بالنفس.
- الطلاقة اللفظية

٢- العلاج السلوكي:

ويعتمد على تحسين سلوك المتحدث أثناء الحديث والكلام ، وتغيير الطريقة في الكلام حيث يتم الحديث بطريقة أكثر هدوء واتزان وانتقاء الكلمات السهلة والمرنة ، ولابد أن تتضمن خطة العلاج السلوكي أهداف ضمنية للحد من شدة الأعراض التالية:

- السلوك الكلامي غير الطبيعي .
- العناصر الانفعالية .
- الحالة العقلية والاتجاهات السلبية للكلام.

٣- طريقة كولم بات :

منذ **150** سنة استخدم كولم بات طريقة للعلاج خلاصتها أن المتلعثم يتكلم بتقطع مع دق باليد على الطاولة وهذه الطريقة ما زالت تستخدم حتى يومنا هذا وتؤدي لنتائج ايجابية في كثير من الحالات. واستخدم أيضاً طريقة الاسترخاء في الكلام ، ويصاحبها استرخاء عضلي من الناحية الجسمية.وفي السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين استخدم طريقة أخرى تعتمد على تمارين للتنفس ومن ثم ترتيل الحروف وتصفيف الكلمات ، والغناء.

٤- طريقة التخيل:

وتستخدم في علاج التلعثم المتوسط وهي علاج ذاتي حيث أن حدة التلعثم تتناقص مع تفاعل الشخص معها وتقل تدريجيا، أما الحالات الصعبة فتحتاج إلى علاج تخاطبي ومن المفاتيح الأساسية في العلاج هو وعي الوالدين بالتلعثم حيث يتم تنبيه الطفل من قبل الوالدين بالحديث البطيء وإعادة بعض الكلمات التي يصعب نطقها .والهدف الرئيسي هو زيادة ثقة الطفل بنفسه وتقليل الخوف من التلعثم مستخدما طريقة الخيال وفيها يقوم المتلعثم بتقليد وترديد كلمات المعالج من بعده.

٥- طريقة كوبر وكوبر:

وتتكون من المراحل التالية:

- **المرحلة الهيكلية** : *Structuring*

وفيها يشرح المريض مشاعره واتجاهاته وسلوكياته تجاه التلعثم.

- **المرحلة العرضية أو الهدفية** :*Targetment*

وفيها يحاول تقليل الاضطرابات الجسمية التي تحدث أثناء التلعثم وكذلك الحركات الوجهية.

- **المرحلة التنسيقية – التوافقية** : *Adjustment*

وهنا يساعد الأخصائي المتلعثم في ترويض سلوكياته التلعثمية .

- **المرحلة التنظيمية** :*Regulation*

وهنا يساعد الأخصائي المتلعثم في تعلم طريقة جديدة في الكلام.

- **الكلام الإيقاعي** *Rhythmic speech* :

تقوم هذه الطريقة بناء على ملاحظة أن درجة التلعثم تنخفض حين يتكلم المتلعثم بطريقة إيقاعية .

- **تظليل الكلام** *speech shadowing* :

استخدمت هذه الطريقة كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللجلجة وأثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلعثم بصورة مرتفعة القطعة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالباً ما يتحسن المتلعثم بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية .

- **الضوضاء المقنعة** *Masking Noise* :

إن استخدام هذه الوسيلة كعلاج مبني على أساس أن حدة التلعثم تنخفض بشكل كبير عندما لا يستطيع المتلعثم سماع صوته أثناء الكلام.

واقترحت دراسة *Lindsay & Homzie* على الباحثين بالبدء في دراسة القواعد الأساسية العضوية للتلعثم وعلاقتها بمراحل التطور والنمو اللغوي ، وقد تم تشجيع الأطباء لاستخدام برنامج علاجي يتعلق بكل من مجالات اللغة فضلاً على التأكيد على معالجة الأعراض السلوكية للتلعثم.

وفي دراسة أخرى تم التركيز على التجربة العيادية مع المصابين بالتلعثم لتحديد المتغيرات التي تؤثر سلباً على نتائج العلاج وقد تم مناقشة بعض المتغيرات النفسية لدى المريض مثل (نقص الدافع ، واليأس المشروط ، وقد تم استخدام إستراتيجية من ٤ أجزاء للحد أو إزالة هذه المشكلة وقد تم رسم معالمها كالتالي:

- تحديد المصابين الذين لديهم أعراض مشروطة أثناء التقويم الأولى.
- علاج هيكلي من أجل جعل المصابين يقبولون مقدارا صغيرا من المسئولية أو التحكم في سلوكهم اللغوي.
- تحقيق الأهداف المنشودة.
- مكافأة الحصول على هذه الأهداف .

وقد ثبتت فعالية استخدام هذا المدخل العلاجي مع أقلية من المرضى الذين كانوا في حاجة إلى المساعدة ، ونجد أن العوامل الإكلينيكية التي من الممكن أن تحد من مكاسب العلاج مثل التفاعل ودعم الآخرين لحياة المريض قد تمت مناقشتها ، وأن المتغيرات العيادية تؤثر أيضاً بطريقة سلبية على نتائج العلاج حيث يشارك هذا المتغير في تخصيص شكل غير مناسب لعلاج المريض تم بنائه على اقتراض غير طبيعي عن المريض تم إعداده من العيادة وبالتالي نجد تقدم قليل يحدث للمريض من بداية العلاج.

كما تمت مناقشة التأثيرات الايجابية للألوان الزاهية وقد تم استخدام مداخل فنية متنوعة في حصص الرسم لتنمية النطق والحديث الطبيعي للأطفال في الروضة المصابين بالتلعثم ، وقد تم التوصل إلى أن تعليم الرسم يساعد في تنمية المفردات حيث يستطيع أخصائيوا معالجة النطق استخدامه في النطق النشط .

وتوصلت نتائج بحث ***SEIDER*** أن التنفس الحنجري ووظائف الأعضاء للمنطقة فوق الحنجرة لدى المصابين بالتلعثم تختلف عن الأفراد العاديين ولذا قامت بعض برامج علاج التلعثم بصورة مباشرة تجاه تعديل حالة التنفس غير الملائم وتعلم الحركة المجردة للحنجرة والمناطق فوق الحنجرة. وكان الهدف من هذا البحث هو مقارنة الحركة المجردة للحنجرة والجهاز التنفسي لدى المصابين بالتلعثم قبل وبعد المشاركة في برنامج علاجي مكثف لقياس دقة الطلاقة ومن خلال استخدام مقارنة علاجية للجهاز التنفسي والحنجرة والفك والشفاه وحركات كل هذه الأجزاء في ثلاثة من المصابين بحدة التلعثم ومع فردين تحكم لنطق جمل مطولة ، وقد أشارت النتائج أنه بعد العلاج زاد مقدار حجم التنفس مع مصابين بسرعة النطق وعدم طلاقته ، مع حدوث بعض التغيرات في الفك والشفاه وقد برهنت نتائج هذه الدراسة على أن بعض وليس كل أهداف العلاج كانت مدمجة في طلاقة الحديث لثلاثة من المصابين بالتلعثم وقد تم استخلاص النتائج النهائية من هذه الدراسة كما يلي:

- أن بعض النواحي النفسية للنطق الطليق للمصابين تختلف عن نطق أفراد المجموعة الضابطة.
- اختلاف طلاقة النطق قبل العلاج عند المصابين من الناحية النفسية عن مرحلة ما بعد العلاج.

وكان الهدف من العلاج هو ملاحظة حركة هذه المناطق ولذا تشير النتائج إلى أن العلاج النفسي لديه الفعالية في تغيير الحركة المجردة للحنجرة والجهاز التنفسي لدى المصابين بالتلعثم. ومن الممكن أن تؤدي هذه التعديلات لحدوث زيادة في طلاقة الحديث لديهم.

كما توصلت دراسة *Saltuklaroglu & Kalinowski* إلى طرق علاجية فعالة لعلاج الأطفال المصابين بالتلعثم من خلال تنشيط الخلايا العصبية السطحية بالمخ من خلال تكرار النطق ومن أجل إطلالة طلاقة طبيعية في النطق ومن المهم أن تستخدم مشتقات النطق الجماعي وكذلك استعادة سمعية متغيرة ومن الممكن استخدام تقنيات حركية على نمو موحد لتوفير مصادر إضافية لمشاركة الخلايا العصبية السطحية.

وهناك العديد من الطرق العلاجية للتلعثم التي يجب على المرشد الطلابي أن يعرفها ، ويختلف العلاج باختلاف العمر ، ومع أنه ليس هناك شفاء من التلعثم، إلاَّ أنه يمكن منع ووقف تطور التلعثم عند الأطفال ما قبل سن المدرسة والأطفال الذين يعانون من حالة تلعثم حدية (تشبه حالة التلعثم الطبيعية ، لكن عدد التلعثم يكون أكثر وفي بعض الأحيان يكون كلام الطفل طبيعي وفي أحيان أخرى يظهر التلعثم) من خلال التحكم ببعض الأمور في البيئة وتقديم الإرشاد اللازم للوالدين. والأفراد ذوو التلعثم المتقدم (الذين يزيد عمرهم عن ١٤ سنة) يتعلمون مهارات معينة بمرور الوقت لإخفاء التلعثم.
والتحكم ببيئة الطفل المتلعثم ونعني تعريف وتحديد العوامل الموجودة في بيئة الطفل التي تعمل على زيادة التلعثم ومن ثم يلي ذلك محاولة التخلص من هذه العوامل أو الحد منها ما أمكن .

وهناك دراسة *Dawn* وكان هدفها فحص تركيب الجملة من خلال التقويم على نحو تجريبي لقدرات معالجة تركيب الجملة للأطفال الذين يعانون من التلعثم والأطفال العاديين. وكان عدد المصابين في الدراسة ١٦ وعدد العاديين ١٦ طفل في أعمار تتراوح ما بين**3,0 -5,11** سنة، وقد تمت الملائمة بينهما في النوع والسن وكان لدى كل المشاركين النطق واللغة ونمو السمع ضمن الحدود الطبيعية مع استثناء التلعثم للأطفال المصابين. وقد شارك كل الطلاب في المهمة الأولية لتركيب الجملة حيث تم الشرح لهم والطلب منهم أن يقوموا بوصف على شاشة الحاسوب رسوم بالخطوط البيضاء والسوداء للأطفال والبالغين والحيوانات وهم يؤدون أنشطة .

وقد وصف على نحو ملائم استخدام جمل معلومة مؤكدة وتصريحيه مثبتة مثل *The Man Is Walking The Dog*.

وتم قياس استجابة زمن النطق من بداية تقديم الصورة إلى بداية الاستجابة اللفظية للطفل في حضور وغياب الجمل الأولية. وتشير النتائج الرئيسية إلى أن الأطفال المصابين بالتلعثم لم يظهروا فقط استجابة في زمن النطق أبطأ في غياب الجمل الأولية ولكن كان لديهم النزعة للاستفادة من نماذج تركيب الكلمة عن الأطفال العاديين مع تطور أقل من المصابين والعاديين في التمكن في تراكيب المحادثة وقد أظهر الأطفال المصابين بالتلعثم عدم طلاقة المحادثة وإظهار معدل بطئ في زمن استجابة النطق في الحالة غير الأولية عن أقرانهم العاديين . وقد أشارت النتائج إلى أن المصابين بالتلعثم يعانون من صعوبات في استرجاع التراكيب اللغوية بكفاءة وسرعة ومعالجة كل التشكيلات اللغوية ، فالمشكلة بطبيعتها والخاصة بالمصابين بالتلعثم ترتبط في بعض النواحي بمعالجة التخطيط اللغوي وتنظيم المادة لنطق جمل ذات معنى ومنها ما يلي:.

- من هذه العوامل :

عدم إصغاء المستمع وردود فعله الأخرى كالضجر من محاولات المتلعثم للكلام، قطع الحديث، بنية الجسم (كبيرة جداً أو صغيرة جدًا) ، تنافس الأخوة المشي السريع، البيئة المكتظة، الإثارة الشديدة، الخوف و القلق . وتكاد تتلخص طرق العلاج ضمن مجموعتين (التحدث بطلاقة أكثر) و (التلعثم بسهولة أكثر). إن دمج هاتين الطريقتين قد يكون مناسباً لعلاج كثير من الحالات .

- الطريقة الأولى:

يكون التركيز منصباً على تعليم الفرد مهارات وأساليب لتعزيز وزيادة الطلاقة الكلامية مثل (البداية السهلة والبطيئة للكلام،إلتقاء بطيء لأعضاء النطق، تنظيم التنفس.

- الطريقة الثانية:

وهي التلعثم بسهولة ودون توتر تساعد الفرد على التقليل من مستوى التوتر والقلق وتعديل لحظات التلعثم بحيث لا تؤثر على قدرات الفرد على الكلام والتخاطب .

إن البرامج المكثفة لتحسين الطلاقة تساعد الفرد في معظم الأحيان على تعزيز ثقته بنفسه وجعله قادراً على الحديث بطلاقة أكبر. ولسوء الحظ لا يدوم هذا التحسن الذي تم تحقيقه بعد نهاية البرنامج العلاجي. لذا يجب أن يكون المتلعثم عازماً ومصمماً ومالكاً للدافعية القوية لممارسة الطرق التي تعلمها عند الحاجة للمحافظة على مستوى مقبول من الطلاقة .

ومن الطرق التي ثبتت فاعليتها في تخفيف حدة التلعثم ما يلي:

- التحدث بصوت معتدل مع ربطه بخطوات متناسقة على ممشى من الخطوط ترسم على الأرض .
- التحدث بصوت معتدل مع تنسيق ذلك بالتنفس والشخص جالس على المقعد.
- قراءة جهرية لقصة قصيرة مع تسجيل ذلك وإعادة سماعه مرة أخرى مع الأخصائي.
- التحدث أمام المرآة بصوت مرتفع وملاحظة طريقة الكلام من قبل الشخص المتلعثم.
- تمرينات خاصة بالرقبة والاسترخاء يتبعها الحديث بصوت معتدل.
- قراءات مختلفة لقصص متعددة الأوجه تتناول الأعمال اليومية أو من اختيار المتلعثم نفسه.

بعض الأساليب التدريبية التي تصلح للمدرسين والأخصائيين في المدارس:

من المعروف أن المدرسة من أكثر البيئات التي يمر بها الطفل تعقيدًا ، وذلك نظرا لمل تحويه من تنوع في الخبرات والمواقف والذي قد تؤثر في نفسية الطالب سلبا أو إيجابا .

سنحاول هنا أن نتناول إحدى المشكلات المدرسية وهي مشكلة التلعثم عند بعض الأطفال ، ونطرح مجموعة من الإرشادات حول كيفية التعامل معها وبشكل علمي ومنظم من قبل المعلم داخل الصف والمدرسة وذلك من خلال إتباع ما يلي :

على المعلم أن يدرك أن المدرسة تحوي اكبر قدر من الضغوط النفسية ولذلك لابد من تهيئة مجموعة الظروف النفسية التي تساعد الطفل على الكلام وبشكل مناسب وذلك من خلال ما يلي :

- على المعلم أن يتحلى بشخصية مميزة تشجع الطالب على القراءة وبشكل مناسب .
- على المعلم أن يتحلى بأسلوب في المناقشة وإشراك الطالب الذي يعاني من التاتأه في هذه النقاشات .
- لابد من أن يتأكد المعلم أن التأتأه حالة خلقية ظهرت لا إراديا وهناك مجموعة من الظروف ساهمت في ظهورها .
- على المعلم أن يجعل اهتمامه في الطالب المتلعثم غير ملفت للنظر . من الأمور التي تزيد الضغوط لدى الطالب وترفع درجة التوتر لديه:
- أسلوب التدريس الصارم والمناداة على الطالب للإجابة على الأسئلة حسب الدور أو حسب الحروف الهجائية.
- إصرار المعلم على إجابات قصيرة ومحددة .
- حفظ الشعر أو القرآن وتسميعه أمام الصف بسرعة خصوصا إذا كانت طويلة
- على المعلم أن لا يتناسى الطالب ، ويعفيه من القراءة أو الإجابة لأن هذا يؤدي إلى الشعور بالعزلة .

على المعلم أن يراعي بعض التصرفات التالية خاصة أمام الطلاب الآخرين وهي :

- النظر بعيدًا عن الطالب حينما يتلعثم.
- عدم محاولة المعلم قول الكلمة الذي يعجز الطالب عن النطق بها أو إكمالها ظنا منه أن ذلك يخفف عن الطالب في حين أن ذلك يزيد الأمر سوء.
- على المعلم أن يدرك أن كثيرًا من الطلاب الذين يعانون من التلعثم يتهربون من الإجابة أو يجيبون إجابات خاطئة حتى يتحاشون بعض الكلمات الصعبة في الإجابة .
- على المعلم أن يحدد طبيعة المشكلات النطقية واللغوية التي يعاني منها كل طالب لديه في بداية العام الدراسي ، وأن يستخدم حكمته للتخفيف من هذه المشكلات قدر الإمكان.
- عندما ينادي المعلم الأسماء حسب الترتيب الهجائي فإن الطالب المتلعثم

تزداد انفعالاته لذلك على المعلم أن يخفف من هذه الانفعالات.

- أن الإجابة القصيرة أو الإجابة بنعم أولا هي أفضل من التجاهل للطالب .
- من المحبب أن يستشير المعلم الطالب المتلعثم بأنه يحب الأسئلة القصيرة أو المطولة داخل الصف .
- على المعلم أن يخبر الطالب على إنفراد أنه يعلم أنه يعاني من مشكلة إذا كان الطالب يعي مشكلته.
- من الممكن أن يخفف المعلم على الطالب التلعثم إذا أظهر المعلم بعض أنماط التلعثم أمامه أثناء الكلام داخل الصف .
- على المعلم أن يستمع للطالب داخل الصف بكل هدوء وصبر حتى يكون قدوة للآخرين .
- من واجب المعلم أن يمنع كل سخرية من قبل الآخرين ممكن أن تزيد من مشكلة الطالب سواء داخل الفصل أو خارجه.
- على المعلم أن يكرر الكلمة التي نطقها الكطلب لإن التكرار يؤدي إلى تكيف الطالب.
- على المعلم أن لا يظهر الشفقة والحب الزائد أو يتكلم مع الطفل عن مشكلته أمام الآخرين .
- على المعلم أن يخلق جوا محببا لجميع الطلاب .
- على المعلم أن يجد طرقا ترفع من ثقة الطالب بنفسه .
- على المعلم أن يقدم تعزيزا إيجابيا لأي نمط من أنماط الطلاقة التي يبديها الطفل .

وهناك بعض التوجيهات الأخرى :

- إشراك الطالب في الرحلات والمخيمات الكشفية.
- إشراك الطالب في الحديث بالإذاعة المدرسية.
- إشراك الطالب في الأنشطة الاجتماعية.
- استخدام الإرشاد النفسي والتوجيه الجمعي بإشراف المرشدين التربويين.

الأساليب التدريبية التي تصلح للآباء والأمهات :

يوجد بعض الأساليب التي نوصي الآباء والأمهات باستخدامها للتقليل من التلعثم ولكنها لا تغني من أهمية عرض الطفل على أخصائي أمراض النطق والكلام الذي من شأنه تقويم الحالة وتشخيصها ومعرفة مدى تطورها وشدتها وبالتالي وضع خطة علاجية متكاملة.

وهنا نعرض بعض الأساليب العلاجية البسيطة والتي يستطيع الآباء والأمهات استخدامها ومنها على سبيل المثال :

- تمرينات للاسترخاء حيث يطلب من المتلعثم الجلوس على كرسي بظهر مستقيم ويحاول الاسترخاء ،مع التنفس ببطء(شهيق و زفير).
- يطلب من الطفل دائما الحديث ببطء وأخذ نفس قبل الحديث .
- التفكير والتحضير والتريث قبل النطق بالكلمة ويحاول سماع نفسه جيدًا بدون استعجال .
- تشجيع المتلعثم على الحفظ (آيات قرآنية ،بعض الفقرات الأدبية،....الخ)
- القراءة باستمرار (الجهرية) والإملاء الصوتي .
- أن يمتنع الأب أو الأم من توبيخ ابنهما بل العكس أن يحاولا تهدئته والتقليل من الضغط عليه .
- تشجيع المتلعثم على الكلام والمشاركة في الألعاب اللفظية .
- التدرب على سماع القصص ومن ثم إعادتها بصوت مرتفع وبأسلوبه.
- تدريبات عضلية لتقوية أعضاء الكلام مثل:
- إصدار صوت :آ آ آ أطول ما يمكن .
- إصدار صوت :و و و أطول ما يمكن .
- تمرينات المضغ.
- تمرينات نفخ البالون.
- تمرينات إطفاء الشموع.
- تشجيع المتلعثم على ثباته أثناء الكلام (فكر ...تكلم .....إسمع).

بعض التوصيات العامة:

- أنصت بصبر إلى حديث الطفل ولا تلتفت إلى الطريقة التي يتحدث بها ولتكن استجابتك لمحتوى الحديث وليس للتلعثم.
- اسمح للطفل أن يكمل حديثه دون مقاطعة.

- انظر إليه بطريقة طبيعية وهو يتكلم ولا تتعمد إدارة ظهرك أو وجهك عنه خاصة إن كان يتلعثم.
- تجنب أن تكمل الجملة بدلا منه ولا تظهر استياء لطول الحديث.
- ليكن ردك هادئا وغير متعجل.
- استخدم في الرد بعض الكلمات التي قالها هو.
- انتظر لحظة قبل أن تبدأ بالرد.
- إقضي بعض الوقت في الحديث مع طفلك.
- اجعل الطفل يشعر أنك تحبه وتقدره وتستمتع بالوقت معه.
- حاول أن توفر جوا منزليا هادئا.
- لا تتحدث بسرعة.
- قدم لطفلك نموذجا عن الحديث الهادئ.
- أغلق التلفزيون أو الراديو عند تناول الطعام مع أسرتك.
- إذا تحدث طفلك وأنت منهمك في عمل ما فيمكنك أن تفهمه أنك لا تستطيع النظر إليه بسبب عملك لكنك تسمعه جيدًا.
- لا تصحح أخطائه اللغوية دائما وبشكل مباشر.
- لا تحثه على التكلم بسرعة.
- لا تنتقده وتحاول تغيير طريقة كلامه وتصحيح أخطائه باستمرار.
- لا تضغط عليه للتحدث أمام الآخرين.
- كرر الكلمات التي يقولها طفلك لتظهر له أنك تفهم ما يقوله .
- اعمل على زيادة مفردات طفلك بكلمة أو كلمتين.مثلا قال سيارة قل سيارة بابا.
- انطق الكلمة بصورة صحيحة إذا ما أخطأ بها ابنك.وطبعا لا تطلب منه إعادتها ولا تقول له أنها خطأ بل فقط أعد أنت ما قاله ابنك بصورة صحيحة. وطبعا بزيادة كلمة أو اثنتين معها.
- إذا قال طفلك كلام غير واضح قل ما يعنيه هو بطريقة مفهومة واضحة.
- لا تتجاهل المحاولات التي يقوم بها طفلك من أجل التخاطب.
- علم طفلك الكلمات التي يحتاجها للتعبير عن شعوره ورغباته.
- اسأل طفلك أسئلة متعددة الخيارات وذلك كأسلوب للحصول على إجابة منه مثلا قولك له أتريد حليبا أم عصير؟هذا أوضح وأفضل من أن تقول له هل تريد أن تشرب ؟

- استخدم المفارقة لإيضاح الاختلافات للطفل. مثلا تقول له(صير) آه قلت صير ولكنك لا تعني عصير. بهذه الطريقة أنت لم تنتقد الطفل ولكنك وضحت الفرق والصورة الصحيحة لنطق الكلمة .
- ركز على الأصوات التي ينطقها بصورة صحيحة ولكنه يحذفها.أو يستبدلها.مثلا قال لك (تمكة) يمكنك هنا أن تقول أنت له مازحا . س س س سمكة كبيرة.هنا أنت أتحت لابنك فرصة النظر إلى فمك كي يرى الطريقة التي تنطق بها الحرف.



الأوتيزم[١]
محاولة الفهم والتدريب السلوكي واللغوي



مصطلح الأوتيزم ***AUTISM*** هو تعريب للكلمة الإنجليزية وذلك بدلا من الترجمات الكثيرة التي حظي بها هذا المصطلح منذ بواكير الترجمة في القرن العشرين مثل فصام الطفولة والتوحد والذاتوية والاجترارية والسلوك التوحدي والطيف التوحدي. ويطلق هولين ***Howlin*** على الاوتيزم أنه أحد اضطرابات النمو الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، ومن ثمّ في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ويصاحب ذلك نزعة انسحابية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف عن العمل، وكما لو كانت – أيضاً – حواسه الخمس قد توقفت عن استقبال أية مثيرات خارجية، أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه ويصبح الطفل يعيش في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة، أو ثورات عارمة من الغضب كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. وكتب ليو كانر مقالاً في عام ١٩٤٣م عن أحد عشر طفلاً فحصهم في التطبيق العملي في غضون سنوات عديدة، هؤلاء الأطفال أظهروا أعراضا مثيرة ومتنوعة وسلوكيات متشابهة إلى حد ما، (مثال القلق والإزعاج التابعين للتغيرات في روتينهم أو بيئاتهم) تطور الحديث الشاذ واللغة، مثل تأخر الحديث والكلام يقتصر على محاكاة وتقليد ما يقوله الآخرون وانسحاب وارتداد اجتماعي كتفضيل مفرط للانعزالية، لقد لاحظ كانر أن سلوك هؤلاء الأطفال بصورة عامة يختلف عن أي شيء قرره العلماء السيكولوجيون والأطباء النفسيون قبل ذلك، واستخدم كانر في مقاله كلمة توحد لوصف عدم قدرة الأطفال على الاتصال والربط الذهني وتفضيلهم

١ - سوف نستخدم كل المصطلحات الدالة على هذا الإضطراب خلال هذا الفصل دون تفضيل لمصطلح على آخر حيث أننا ملتزمون بما جاء في كل مرجع وتفضيله لذكر أي من المصطلحات.

أن يتركوا وحدهم وقبل كانر كان مصطلح توحدي أو انعزالي قد استخدم رجوعاً إلى فكرة نمو الاضطراب في الأشخاص الذين لديهم شيزوفرنيا (الفصام). ولعل أول المعايير التي وضعت لتشخيص حالات الاوتيزم هي تلك التي *وضعها* ***Kanner*** عام ١٩٤٩م للحكم على الحالة بأنها حالة توحد وهي تنص على:

- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- التمسك الشديد لحد الهوس بمقاومة أي تغيير في الملبس أو المأكل أو السلوك أو عناصر البيئة المحيطة من حيث ترتيب الأثاث وغيره أو في روتين الحياة.
- مهارات غير عادية في الارتباط بالأشياء والتعاطف معها في نفس الوقت الذي لا يبدو عليه ارتباط أو انتماء إلى أي إنسان بما في ذلك أبويه وأخوانه.
- رغم كل جوانب القصور التي تميز طفل التوحد أحيانا ما يأتي ببعض الأعمال التي تتميز بقدرات أو مهارات غير عادية كتذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدي مهارة في الرسم أو الموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية لفترة وتنقضي.
- حالات البكم أو ما يقارب منها أو قدرة لغوية غير مقصودة غير ذات معنى أو موضوع أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها لتحقيق الاتصال مع الآخرين.

الرحم الافتراضي :

يجمع علماء النفس والتربية على أن التربية تبدأ منذ الميلاد ، فالطفل مزود بطاقات إبداعية كبيرة وهو يأتي من بيئة مختلفة تمام الاختلاف عن بيئته الأولى في رحم أمه ، وبظهور علم نفس الجنين أصبح الاهتمام والرعاية يبدأن من لحظة ثبوت الحمل ، فحماية الجنين وضمان سلامته الجسمية والنفسية يتطلب من الأم ضبطها لنفسها ومحافظتها على هدوئها وتجنب الانفعالات التي تنعكس على الجنين ، وأن ترسل إليه أجمل العواطف لتصنع معه رابطا من الحب والأمان، وإذا خرج من عالمه إلى عالمنا فإنه يجد نفسه منذ ولادته في بيئة تختلف جذريا عما كان عليه وهو جنين ، مما يجعل إمكانية بقائه واستمراره بمواجهة هذه المتغيرات الجديدة مرتبطا ارتباطا كليا بالآخرين لتلبية حاجاته الفسيولوجية من طعام وشراب ونظافة ، وحاجاته

النفسية من حب وحنان وانتماء وأمـان ، وإذا لـم يحسن العـالم الجديد استقباله ولـم يجـد فيـه خبـرات سـارة تشـبعه بالحـب والحنـان وإذا كانـت اسـتعداداته الموروثة تؤهله للعجز عن التكيف مع هذا العالم الجديدولا سبيل أمامه للعودة إلى رحم أمه ، فإنه ينسحب من هذا العـالم إلـى رحـم افتراضـي يهيئـه لنفسـه ، يعيش فيه خبراته السابقة داخل رحم أمه ويحمـي نفسـه مـن الأفـراد المحيطـين بـه والـذين يمثلـون لـه مصـدر إزعـاج وتهديـد ، هـذا الانسـحاب يتضـح فـي التعريفات المختلفة لحقائق الطفل التوحدي مثل العودة داخل الذات أو العزلة والانكفاء على الذات وعدم إقامة علاقات مع الآخرين ، وفي النظرية التحليلية قد يحدث للطفل ثبـوت عند مرحلـة معينـة مـن مراحـل النمـو – إذا ارتبطـت بإشباع – لا يستطيع التخلي عنها .

سلوك الجنين يميز طفل الأوتيزم :

يوجد تشـابه بين سلوك الجنـين وظـروف حياتـه داخـل الـرحم ، وبـين سـلوك طفـل الأوتيـزم وظـروف حياتـه داخـل القوقعـة التـي يحـبس نفسـه فيهـا، وهذه بعض خصـائص حيـاة الجنـين داخـل رحـم أمـه ، مقابـل سـلوكيات الطفـل التوحدي التي لا تتفق مع سنة وخصائص المرحلة العمرية للطفل.

- العزلة :

فالجنين يكون محاطاً بغشاء "السلي" من كل جهة ، والطفل التوحدي يبدو كأنه في عالم له وحده ، وكأن هناك حاجزاً بينه وبين ما حولـه مـن العـالم الخارجي حيث يفرط في الانطواء والانعزال.

التغذية :

يحتوي سائل "الأمنويس" المحيط بالجنين علـى مـواد زلاليـة وسـكرية وأملاح غير عضـوية يمتصـها الجنـين كمـا يشـرب مـن هـذا السـائل ، والطفـل التوحدي يحدث عنده خلل في المأكل والشراب مثـل الاكتفـاء بـأنواع قليلـة مـن الطعام أو شراب السوائل بكثرة .

- الاستجابة للمنبهات الحسية :

إحساس الجنين بالأم ضعيف جداً لأن غشاء " السلي" يحيط بكل جهة وهذه البيئة المعقمة المكيفة تسمح للجنين بـأن يحتفظ بحـرارة ثابتـة ، والطفـل التوحدي لديه زيادة الحساسية لجميـع أنـواع المـداخل الحسـية خاصـة الصـوت وقد يبدون غير مدركين للألم أو سخونة أو البرودة .

- الحركة :

كيس " السلي" المحيط بالجنين يسمح لـه بالحركـة الطليقـة داخل هذه البيئة المعقمة ، وتـؤدي حركـة الجنـين وتكـون حركتـه حـول نفسـه أنـه محـدود المكان والطفل التوحدي يتحرك بحرية ويعبر عن الحالات الانفعالية بجسده ، فهو يدور حول نفسه لمدة طويلة دون أن يصاب بالدوار ، ويتحرك كثيرًا ولا يستقر في مكانه فيلف في الحجرة حركة دائرية بالقرب من الجدران أو يلف ويدور حول نفسه ويمشي على أطراف الأصابع .

- لحظات التوتر :

فـي لحظـة الميلاد يتحـرك الجنـين حـول نفسـه ويأخذ أوضـاعا عديـدة حتى يأخذ الوضع المناسب الذي تهدأ بعده تقلصات الرحم ، والطفل التوحدي يأخذ أوضاعا غريبة عندما يتوتر ويتحرك كثيرًا ويصدر أصوات مزعجة .

- التواصل :

لا يوجد أفراد يتواصل الجنين معهم داخـل الـرحم ، والطفل التوحـدي عنده خلـل ملحـوظ فـي التواصـل اللفظـي وغيـر اللفظـي ، وغيـاب الرغبـة فـي التواصل مع الآخرين واختفاء الكلام بعد ظهوره أو عدم الكلام إطلاقا .

- الإثارة الذاتية :

يبـدأ الجنـين مـن الشـهر السـادس فـي ترصـد الأصـوات بأذنيـه وبشـكل متواصـل وذلك مـن خـلال بطـن الأم ومـا يحويـه مـن الأمعـاء وخفقـان قلبهـا ، ومادام الصوت محتفظا بانتظامه فإنه يحس بالطمأنينة ، والطفل التوحدي يبدو وكأنه يبحث عن المثيرات بإحداث جروح سطحية ويضرب ذراعيه والدوران السـريع والاهتـزاز وإيـذاء الـنفس وقـد يكـون ذلـك محاولـة لاسـترجاع الخبـرة السابقة التي تمثل له الأمن والاطمئنان.

- وضع اليد :

في الأسبوع الثامن تكون كل الأعضاء الأساسية في الجنين قد تكونت ويظهـر الـذراعان والسـاقان وتظهـر الأصـابع أمـام وجهـه ، والطفل التوحـدي يضع يده على رأسه أثناء المشي أو يضع اليد في الأذن أو أمام الوجه مع هز الأصابع .

التلامس :

يمنع السائل الأمنويسي غشاء الأمنيوم من الالتصاق بالجنين ، والطفل التوحدي يكره التلامس الجسماني ولا يوجد عنده دفء العناق .

- الارتباط المبالغ فيه بشيء :

الحبل السري يصل ويربط بين الجنين والأم عن طريق المشيمة وهذا الرباط يحقق له احتياجات من الغذاء والهواء ، والطفل التوحدي عنده الارتباط المبالغ فيه بالأشياء مثل الاحتفاظ بقطع الورق .

- البصر :

تبدأ عين الجنين في الحركة في الأسبوع الثاني عشر من بداية الحمل وتظل تقوم بهذه الحركات في اتجاهات مختلفة في ظلام البطن حتى تصبح قادرة على الرؤية بعد الولادة ، والطفل التوحدي ينظر للأطعمة نظرة شاردة ويتجنب النظر في عيون الآخرين .

- الروتين واستقرار الأشياء :

يكون الجنين مستقرا في الرحم بدون تغيير للمكان ، والطفل التوحدي يتسم بمقاومة التغيير في الروتين والثورة والصراخ إذا حدث أي تغير طفيف في البيئة المحيطة به .

- التفاعل مع الأشخاص :

لا توجد تفاعلات للجنين داخل الرحم ، وطفل الأوتيزم يتصرف وكأن الآخرين غير موجودين .

- السمع :

قد يعوق امتلاء أذن الجنين بالسائل الامنوسي سماعه للأصوات المختلفة والطفل التوحدي يتصرف وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله وقد ينجذب للصوت الرقيق .

- تجنب المخاطر :

كيس السلي المحيط بالجنين يوفر له الحماية ، والطفل التوحدي يتسم بعدم الخوف من الخطر الحقيقي .

• الانفعال :

يتـأثر الجنـين بالحالـة الانفعاليـة بـالأم والطفـل التوحـدي يتـوتر لأتفـه الأسباب.

المحكـات التشخيصـية مـن خـلال المقابلـة التشخيصـية وتـاريخ حالـة الطفل كمـا جـاءت بالـدليل التشخيصـي والإحصـائي الرابـع لرابطـة الأطبـاء النفسيين الأمريكية **DSM-4** :

لكي يتم تشخيص الاوتيزم يجب أن تتجمع ٦ بنـود مـن أو أكثـر من (١) و (٢) و (٣) مع وجود بندين من (١) وبند واحد من كل مـن (٢) و (٣) :

١- وجود اضطرابات كيفية في التفاعل الاجتماعي، كما يظهر من بندين على الأقل مما يأتي : -

- وجـود اضـطراب ملحـوظ فـي اسـتخدام أنمـاط مـن السـلوك غيـر اللفظـي المتعـدد مثـل حملقـة العـين ، والتعبيـر الـوجهي والإيمـاءات والحركـات الجسمية لتنظيم التفاعل .
- الإخفاق في تكوين علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائي.
- نقـص السـعي التلقـائي إلـى المشـاركة مـع الآخـرين فـي المسـرات أو الاهتمامات أو الإنجازات.
- نقص التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

٢- وجود اضطرابات كيفية في التواصل كما تظهر من بند واحد علـى الأقل مما يأتي : -

- وجود تأخر أو نقص في نمو اللغة المنطوقة .
- يوجد في مَنْ لديهم القدرة المناسبة على الكلام اضـطراب ملحـوظ فـي القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين أو على الاستمرار فيها.
- الاسـتخدام النمطـي والمتكـرر للغـة أو اللغـة المفرطـة فـي الذاتيـة أو الخصوصية.

- وجود نقص في اللعب الإيهامي التلقائي والمتنوع، أو في اللعب الاجتماعي ألاقتدائي (لعب المحاكاة الاجتماعية) المناسب للمستوى النمائي .

٣- وجود أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما تظهر من بند واحد على الأقل مما يلي:

- أن يستحوذ على الشخص واحد أو أكثر من الأنماط المحدودة والنمطية من الاهتمامات التي تكون غير عادية سواء من حيث عمقها أو مجالها .
- التمسك غير المرن وبشكل واضح بأعمال روتينية،ومحدودة، وآلية، وغير وظيفية.
- وجود أساليب حركية مميزة نمطية ومتكررة (مثل ليِّ اليدين أو الأصابع أو النقر أو الخبط بهم أو الإتيان بحركات معقدة تشمل الجسم كله).
- الاستغراق المستمر في أجزاء الأشياء .
- التأخر أو التوظيف غير العادي في واحد على الأقل من المجالات التالية – وتكون بداية ظهوره قبل سن ٣ سنوات : -

١. التفاعل الاجتماعي .
٢. اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
٣. اللعب الرمزي أو الخيالي .
٤. أن يتمايز الاضطراب –الذاتوية- عن اضطراب (رت) أو الاضطراب التحللي في الطفولة ولا يُطرح اضطراب الذاتوية كتفسير أفضل لتلك الاضطرابات .

بعض المؤشرات اللغوية :

- لا يناغي – يؤشر – أو يصدر أي إشارات ذات معنى في عمر سنة.
- لا ينطق أي كلمة لعمر ١٦ شهرًا.
- لا يجمع كلمتين لعمر سنتين.
- لا يستجيب للاسم .
- يفقد اللغة والمهارات الاجتماعية .

وهناك بعض المؤشرات الأخرى مثل :

- اتصال بصري ضعيف.
- قد يظهر عدم القدرة على كيفية اللعب بالألعاب.
- ترتيب الألعاب أو الأشياء الأخرى في خط.
- الالتصاق بلعبة أو شيء محدد.
- لا يبتسم.
- يتصرف كالأصم.

الخصائص اللغوية لدى أطفال الأوتيزم :

بعض الأطفال الذين يعانون من الاوتيزم يبقون بكم طيلة أعمارهم ولكن البعض منهم يبدؤن الشهور الأولى من أعمارهم في النمو الطبيعي للغة مثل المناغاة وسرعان ما يتوقفون ، والبعض يتأخر كثيرًا في النمو اللغوي حتى سن ٥ أو٩ سنوات .

وهؤلاء الذين يتكلمون منهم من الممكن أن يستخدموا اللغة بطريقة خاطئة،فلا يستطيعون الربط بين الكلمتين أو عدم القدرة على إصدار جمل ذات معنى ومن الممكن أن تقتصر الجملة على كلمة واحدة فقط ،أو ترديد ما يسمعون دون فهم المراد من الجملة أو ما يطلق عليه (***echolalia***).

والبعض منهم لديه حصيلة لغوية من المفردات كبيرة جدًا ولكن لديه صعوبة بالغة في دخول المحادثات والمجادلات الغوية.

والغريب أنه من الصعب جدا فهم ما يصدر عنهم وذلك لأن حتى اللغة الجسدية أو ما يسمى (***body language***) من الصعب فهمها لأنها غالبا لا تعبر عما يريدون قوله وحتى نبرات الصوت لديهم لا تعكس ما يدور داخلهم من مشاعر مختلفة فهي لا توصل فرحهم أو حزنهم أو غضبهم .

وجود صعوبات في القدرات اللغوية:

يواجه أطفال الأوتيزم صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة ، وتتمثل في :

- مرحلة ما قبل التواصل اللفظي ***Preverbal Communication***

الطفل العادي عندما يصل إلى العام الأول ، تكون لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج ***Jaint – Attention behavior*** فهو يمكنه أن يؤشر بإصبعه تجاه شيء معين بينما طفل الأوتيزم يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية

- التواصل غير اللفظي ***Non – Verbal Communication***

الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله ، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل الاوتيزم تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت ، ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام.

- صعوبات في الكلام ***Difficulties in Speech***

يصعب على أطفال الأوتيزم تنمية وتطوير القدرة على الكلام . وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي ، يصاحب بمشكلات تواصلية عديدة . والقلة من أطفال الأوتيزم ، الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية:

- المصاداة ***Echolalia***

وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى ، حيث تتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت . والأمر عادي بالنسبة للطفل العادي . ولهذا يجب التأكد ما إذا كانت المصاداة بالنسبة للطفل طبيعية ، إذ أنها تتوقف قبل أو عند بلوغ الطفل ٣ سنوات فإذا استمرت فإن الطفل يكون مصاباً بالاوتيزم.

- اللغة المجازية ***Metaphorical Language***

وتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل الأوتيزم . وهي ليست اللغة المجازية في البلاغة . ولكنها لغة يُعبر بها طفل الأوتيزم لشيء معين ، قد لا يفهمه إلاَّ من يحيط به.

- الكلمات الجديدة ***Neologisms***

وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بطفل الأوتيزم ، وحيث لا يعرفها إلاَّ المحيطين به .

- الاستخدام العكسي للضمائر ***Pronoun Reversal***

وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح.

مكونات اللغة ***Language Systems :***

يعاني أطفال الأوتيزم من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة ، تتمثل في:

- الصوتيات: ***Phonetics***

وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام ، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل الأوتيزم شاذة غريبة ، تتصف بالرتابة ، مما يصعب على الملتقي فهمها واستيعابها.

- المفردات (الحصيلة اللغوية ***Vocabulary***):

حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند أطفال الأوتيزم. وقد يعزي ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال الأوتيزم، وهو سن بدء الكلام لديهم. هذا وأن كان البعض يتمكن من تكوين حصيلة لغوية جيدة.

- بناء الجملة الكلامية ***Syntax*** وترتيب الكلام :

حيث يلاحظ تأخر أطفال الاوتيزم في اكتساب بناء الجملة الكلامية وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات.

- دلالات الألفاظ ***Semantics***

وهي خاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولاتها، حيث يعاني أطفال الاوتيزم من صعوبة إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة أو الجمل المجازية . فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب أو ورقة الشجرة، يصعب على طفل الاوتيزم فهمها.

- ملائمة وانسجام اللغة :

وتتضح في استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية، وتوقعات المتلقي. فمثلاً قد يعاني طفل الأوتيزم من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود.

السلوك الاستحواذي المتكرر ***Repetitive obsess ional behavior***

وهو السلوك الخاص بفقد المرونة وعدم القدرة على التخيل ، وخاصة خلال ممارسة اللعب ، حيث يفقد أطفال الاوتيزم الإبداع والتجديد والتخيل . كما يفتقد القدرة على التخطيط، ويتصف أسلوبهم في حل المشكلات بالجمود، ويفسر ذلك إلى وجود خلل في الفص الأمامي من المخ وهو المسئول على السلوك الاستحواذي لديهم ويتباين أطفال الأوتيزم في ظهور السلوك الاستحواذي، فالبعض يظهر السلوك في اللعب، عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل بينما آخرون يظهر لديهم أثناء أداء الواجب المدرسي ، كأن يضع نقطة أو علاقة بعد كل كلمة يكتبها . وبصفة عامة فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالأوتيزم، ترجع إلى التلف الذي يلحق بالمخ أو بعض أجزائه ، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في الوقت الحاضر. ويعاني طفل الاوتيزم من النقص النوعي في الاتصال اللفظي واللالفظي ، كما يعاني من صعوبات في الفهم والاستيعاب لما يقال ، فيميلون إلى ترديد كلمات وأحيانا شبه جمل دون الوعي والإدراك لمعناها أو مدلولاتها والظروف التي تستخدم بها تلك الكلمة أو الجملة .

المشكلات اللغوية :

مشكلات اللغة والكلام كثيرة في أطفال الأوتيزم ، ويعتقد الكثير من المختصين إنها من أكثر وأهم المشاكل، وهناك ٥٠% من هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي وهذه المشاكل العامة هي التي تحدد تطور طفل الأوتيزم وتحسنه . ضعف في التعبير اللغوي أو تأخر الكلام أحيانا استعمال كلمات غريبة من تأليف الطفل وتكرارها دائماً .. أو إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها كما يكون هناك صعوبة في استعمال الضمائر فمثلا يقول « أنا أريد أن اشرب» بل يستعمل اسمه ويقول " حسن يريد أن يشرب" نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة ولا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها ، يحب الروتين ولا يحب التغيير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة

تنظيم غرفته، التعلق بالأشياء وقد يكون عنده أيضا حركات متكررة لليد والأصابع .

ومن الأمثلة الأخرى للمشكلات اللغوية:

- قد لا ينطق أبدا.
- تأخر النطق.
- فقد المكتسبات اللغوية.
- تكرار الكلام وترديد ما يقوله الآخرون كالببغاء.
- سوء التعبير الحركي.
- كلمات وجمل بدون معنى.
- عدم القدرة على تسمية الأشياء
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.
- عدم نمو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق.
- إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات.
- الإسقاط : وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة.
- عدم القدرة على تحديد الضمائر (أنا بدلا عن أنت).

والتواصل اللغوي يحتاج إلى القدرة على إرسال واستقبال رسائل لغوية مفهومة ، وفي طفل الأوتيزم يكون هناك اضطراب في التواصل اللغوي مما يؤدي إلى مشاكل عديدة ، عدم القدرة على التعبير عن نفسه ، التواصل مع الآخرين ، عدم القدرة على التعلم والتدريب ، وعادة عند عدم مقدرة الطفل على اكتساب اللغة حتى سن السادسة من العمر يستمر لديه عدم المقدرة على التواصل .

وفي إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة من أطفال الأوتيزم كان هناك أكثر من نصفهم ليس لديهم مفردات لغوية ، وكان هناك نسبة منهم قادرون على الكلام بجمل وكلمات غير مفهومة ، أو أن تكون غير ذات تعبير كترديد الإعلانات التجارية ،ولكن البعض كذلك قادرون على التحدث بطلاقة.

والإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال يضطرب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه تخلف فكري يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتلقون التعليمات المصحوبة بالإشارة ومن كانت إصابتهم طفيفة قد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة، فهم لا يفهمون تعبيرات المزاح والسخرية.

أنماط اضطراب اللغة والتواصل اللفظي وغير اللفظي:

١- نقص التواصل من خلال الإيماءات .

٢- عدم القدرة على فهم التواصل غير اللفظي من الآخرين .

٣- غياب التعبيرات الوجهية .

٤- عدم التحكم في طبقة الصوت وارتفاعه .

٥- المصاداه الفورية والمتأخرة .

٦- التكرار النمطى للجمل والكلمات .

٧- صعوبات النطق واستخدام قواعد نحوية بطريقة غير سوية .

٨- لا يهتم الطفل المصاب بالذاتوية بالصوت الإنساني بالرغم من سلامة سمعه إلاَّ أنه يدرك أصوات أخرى تبدوا هممة بالنسبة له مثل : أنواع معينة من الضوضاء أو صوت فتح ورق البسكويت أو الأصوات المتشابه .

٩ - عدم إعطاء رسائل من خلال عينيه أو الإيماءة أو لغة الجسم .

١٠ – يفشل في الإجابة على أسئلة تدار في حديث متبادل وقد يجيب إذا كان السؤال واضح ولا يحمل أكثر من معنى .

١١ – قلب الضمائر وصعوبة استخدام حروف الجر " في – على – تحت – فوق.... الخ .

١٢ – نقص القدرة على أخذ الدور.

وقد يوجد اضطراب ملحوظ في القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها أو في الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة أو اللغة المفرطة في الذاتية والخصوصية وقد يكون هناك نقص في اللعب التلقائي المتنوع أو لعب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى النمائى ، وحينما ينمو الكلام فقد تكون طبقة الصوت أو نغمة الصوت أو معدل الكلام أو إيقاع الكلام أو الضغط على مخارج الألفاظ غير سوى مثال ذلك : نغمة الصوت قد تكون رتيبة ، وتكون التراكيب النحوية غير ناضجة وتحتوى على استخدامات نمطية ومتكررة للغة. مثال ذلك تكرار عبارات أو كلمات دون معنى وتكرار القوافي أو الإعلانات التجارية في التليفزيون مثلاً ، وغالبا ما يختفي عندهم نمط اللعب الخيالي أو يكون مضطرب كما يميل هؤلاء الأفراد إلى عدم المشاركة في ألعاب المحاكاة البسيطة أو في الأعمال الروتينية الشائعة في الطفولة.

فالقصور في اللغة لدى أطفال الأوتيزم ينظر إليه كجزء من الشذوذ أو القصور الاجتماعي والتواصلي ، وبرامج اللغة المبكرة للأطفال (الذاتويين) تركز على الاستجابات الملقنة لفظيا بواسطة أخصائي التخاطب بهدف تقوية الكلام دون أن يقام الدليل على إمكانية تعميم تلك المهارات في أسلوب التواصل في المواقف الحياتية ، ولذلك كان هناك تأكيد أكثر على زيادة اللغة التلقائية حتى لدى الأطفال الذين يعانون من قصور لغوى شديد بهدف تعظيم التواصل عند مستوى نمو الطفل.

ولذلك يحتاج الطفل الذاتوى إلى تدريب مكثف لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي ويأتي ذلك من خلال تحقيق التواصل مع الطفل عن طريق التقاء العيون فإن نجاح هذه المرحلة يعتمد على أن ينظر المعالج إلى عينيه أولا وأن يرد له الطفل النظرة ويستمر إلتقاء العيون طوال فترة التدريب كما تجدر الإشارة هنا إلى أهمية مشاركة أفراد الأسرة في عملية التدريب لا سيما الأم.

ثم يأتي بعد ذلك تدريب الطفل الذاتوى على إصدار بعض الألفاظ أو الكلمات باستخدام التقليد وتسعى في نفس الوقت إلى التعامل مع بعض السلوكيات السلبية أو الأساليب الهروبية – إن وجدت لدى الطفل ، والفنية المستخدمة هنا أيضاً هي التعزيز الفوري للسلوكيات الموجبة لدى الطفل.

ومنهـا يـأتي تـدريب الطفـل علـى التخاطـب حيـث تعـد هـذه المرحلـة أساسية بالنسبة للطفل الذاتوى الذي لا يملك حصيلة لغوية تتناسب مع عمره الزمنـي ولا يـتكلم إلاَّ قلـيلاً وتـأتى فـي أعقـاب نجـاح الطفـل فـي تقليـد بعـض الكلمـات أو النطـق ببعض الجمـل القصـيرة المكونـة مـن كلمتـين بحيـث يـزداد طـول الجملـة تـدريجياً علـى مـدى زمنـي طويـل نسـبياً ثـم يلـي ذلـك فـي نفـس المرحلة الاستعانة بالصور بغية زيادة الحصيلة اللغوية للطفل تدريجياً على مدى يتناسب مع إمكانات الطفل الذاتوى من جهة ، وسرعة تقدمه من جهة أخرى مع ملاحظة الاستمرار في تدريبه على ما سبق أن تعلمه لضمان ثبات ما تعلمه وحفاظاً عليه من النسيان وقد يحتاج بعض الأطفال الذاتويين إلى إستخدام الأجهزة والوسائل الصوتية والضوئية والإلكترونية الحديثة إذا تيسر ذلك .

علاج اضطرابات التواصل لدى طفل الأوتيزم :

Communication Disorders Treatment For Autism

يجب مراعاة الآتي عند تقديم البرامج العلاجية:

١- العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين .
٢- محاولـة إقامـة نظـام الـدمج وتطبيقـه مـع العـاديين لهـؤلاء الأطفـال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء .
٣- التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر .
٤- التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها .
٥- تنميـة الاتجـاه الإيجـابي نحـوهم مـن قبـل الآبـاء والأمهـات والمشـرفين والمحيطين بهم.
٦- عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم .
٧- إثارة اهتمامهم بالبيئة ومكوناتها .
٨- التدريب على التقليد والمحاكاة .
٩- التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله .
١٠- التـدريب علـى التخاطـب باسـتخدام الكمبيـوتر والتسـجيل الصـوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية .

١١- التربية الحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وخصوصاً حاستي اللمس والشم .

١٢- زيادة التواصل بإلحاح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صوره اللفظية والوجدانية والإشارة.

الاكتشاف والتدخل المبكر والخدمات المناسبة لأطفال الاوتيزم:

في خلال العقدين الآخرين، تم التوسع في خدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر، ونتج عن ذلك:

- تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان ، وتضاعف هذه الأهمية للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة.
- التحول الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة ، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات الأساسية التي يستخدمها الأطفال العاديون ، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانة والمدارس التمهيدية.
- الاعتراف المتزايد بأن الأطفال الرضع وأطفال الحضانة من ذوي الحاجات الخاصة ، لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع من هم في مثل أعمارهم الزمنية ، وبهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعداداتهم.
- ومن حيث التدخل المبكر والخدمات العلاجية وغيرها لأطفال ذوي الحاجات الخاصة فإنه يقوم على أساس أن الأهداف العامة للتربية الخاصة ***Special Education*** من سن الميلاد إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ، يقوم على أساس تدعيم نماء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب ، قبل أن يؤدي العوق في ظروف الخطر النمائي ***At – Risk Development*** ، إلى تغيير أو عوق النمو ، وتعثر الاستفادة باستعداداتهم وقدراتهم في المستقبل . بل أن الهدف أيضاً منع أو الوقاية من ظهور العوق الثانوي. ومن حيث الأسرة التي لديها أبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، فإن الهدف تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، أو من هم في خطر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز والإصابة

- ومن حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية، فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسئوليات لجعل الخدمات الخاصة، لهؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابي الفاعل.

التدخل المبكر مع أطفال الاوتيزم:

ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر ، يفيد ويثمر بشكل إيجابي ***Positive*** مع أطفال الاوتيزم . وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل . ومن العوامل المشتركة بين تلك البرامج ، درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك والبرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل ، والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال المصابين بالأوتيزم والمهنيين العاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية . وتقتضي الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق والكلام ، والتدريب السمعي والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والنظم الغذائية.

ويستجيب أطفال الاوتيزم لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد ، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية ***Individual Needs*** ، وتتضمن التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية ، وتنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي وتعديل السلوك . على أن يتم ذلك من خلال متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية .

ومن أسس التدخل المبكر تدريب أطفال الاوتيزم على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة ، مثل تعلم عبور الشارع ، أو التسوق بدرجة بسيطة . ومن المهارات الهامة لدى أطفال الأوتيزم ، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل ، ومنحه حرية أكثر في المجتمع . هذا ويجب اتصاف البرامج بالمرونة ، والتعزيز المتواصل الإيجابي ، والتقويم المنظم ، وعلى أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين.

دور الأسرة عند التدخل المبكر:

للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة ، بصفة عامة، وطفل الأوتيزم بصفة خاصة ، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة ، لا تتعدى منتصف النهار ، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات ، مما يستدعي أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات الاختصاص ، كالبرنامج التربوي للطفل ، وتتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم ، وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل ، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه. ومن حيث فاعلية دور الأسرة ، فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة عن وجود برامج السكن الداخلي، والتي تبعد الطفل عن أسرته طوال العام واستعاضت بالبرامج النهارية العادية ،ليعود الطفل لمنزله في نهاية اليوم الدراسي. والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين ، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال الاوتيزم كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه .

أولويات الحاجات التدريبية والتعليمية – من وجهة نظر الآباء – :

- تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
- التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
- تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .
- السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
- التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية أو غير لفظية .
- التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية).
- تطوير مهارات الاعتماد على النفس .
- التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته. .
- توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
- تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية .
- تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة .

الرعاية التربوية والتعليمية :

ثبت ضعف الافتراض القائم على أن المعاق عقليا غير قابل للتعليم ، وأيضاً بالنسبة لأطفال الاوتيزم . ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال الأوتيزم يتبع فيها ما يأتي:

- البرامج التربوية :

أفضل برامج التدريس لأطفال الأوتيزم هي برامج عالية التنظيم ***Highly Structured*** ذلك لأن:

١. الصعوبات التي يعاني منها أطفال الأوتيزم في مجال التفاعل الاجتماعي تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل ، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات ، وإلاَّ ينسحب الطفل ، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر.
٢. تعتمد هذه البرامج ، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ، ذات أهداف محددة . وهو أسلوب له عائده على أطفال الأوتيزم.
٣. هناك فرصة أمام أطفال الأوتيزم للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوعي ، لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة.
٤. وبصفة عامة فإن هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية ، كما أن أطفال الأوتيزم تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل.

اختيار المدرسة المناسبة

والتي تتفهم طبيعية المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل الأوتيزم . حيث تتوافر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة . وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة ، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى طفل الأوتيزم، ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال الأوتيزم .

أفضل نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين :

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالأوتيزم عن ثلاثة متعلمين لكل معلم ، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية .

مستوى التحصيل التعليمي :

يتطور مستوى التحصيل التعليمي لدى أطفال الأوتيزم، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً). والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية. وأطفال الأوتيزم من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي عادي . وأطفال الاوتيزم ممن تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين . بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال الأوتيزم. وعادة أطفال الأوتيزم الذين يعانون من عوق عقلي ، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي . وعند الانتهاء من المراحل الدراسية ، فإن أطفال الاوتيزم يتعلموا مهارات أساسية مثل : مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها.

دور الغذاء في تنمية مهارات التواصل والتعلم :

نجد مرضى الاوتيزم يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الآتية: أ، ب١، ب٣، ب٥ وبالمثل البيوتين، السلنيوم، الزنك، الماغنسيوم، بينما على الجانب الآخر يوصى بتجنب تناول الأطعمة التي تحتوى على نحاس على أن يعوضه الزنك لتنشيط الجهاز المناعي. وتوصى أيضاً بعض الدراسات الأخرى بضرورة تناول كميات كبيرة من الكالسيوم ومن أكثر الفيتامينات شيوعاً في الاستخدام للعلاج هو فيتامين **(B)** والذي يلعب دوراً كبيراً في خلق الإنزيمات التي يحتاجها المخ، وفى حوالي عشرين دراسة تم إجراؤها فقد ثبت أن استخدام فيتامين **(B)** والماغنسيوم الذي يجعل هذا الفيتامين فعالاً ويحسن من حالات الاوتيزم والتي تتضح في السلوك الآتية:

- الاتصال العيني.
- القدرة على الانتباه.
- تحسن في المهارات التعليمية.

هذا بالإضافة إلى الفيتامينات الأخرى مثل فيتامين "ج" والذي يساعد على مزيد من التركيز ومعالجة الإحباط - ولضبط هذه المعدلات لابد من إجراء اختبارات للدم فقد تؤذى النسب الزائدة البعض ويكون لها تأثير سام وقد لا تكون كذلك للحالات الأخرى.

إرشادات للآباء والأمهات:

إن طفل الأوتيزم لا يتعلم بالتحدث مع نفسه ولا تتطور لغته إلاَّ من خلال تفاعله مع المحيطين به وأقرب شيء الوالد والوالدة اللذان لهما الجزء الأكبر في التواصل مع ابنهم قد يحتاجون بعض الوقت في التعرف عن ابنهم لكن لا تيأس أيها الوالد فشجعه علي التخاطب فبما أن كل طفل يختلف عن الآخر ما عليك حتى تكتشفه إلاَّ أن تنصت له جيد وتنتظر وتتابع مع الطفل مع أعطائه فرصة للتواصل وأن تستمع له جيدًا. واسمح له أن يقود الحديث كن وجها لوجه له أعطه فرصة للتعبير عن نفسه ولا تقاطعه دعه يحاول التواصل مع محاولة مجاراته عاطفيا والجهد الذي يقوم به سيشعر طفلك بالسعادة ويصبح لديه دافع وحماس في التواصل.

إذ لم يستجيب طفلك لا تقلق فالعملية تريد صبرا وحاول أن تكون وجه لوجه له كرر الأفعال التي يحبها ووفر له فرصا وأنشطة تثير حاسة الفضول حاول أغرائه بالأنشطة التي يحبها وفسر محاولاته للتواصل وقلده وقاسمه في تجربته. وحاول إيجاد طريقة لتشارك طفلك نشاطا يوميا يستمتع به وراقبه وتواصل معه في اللعب لجذب الانتباه، اللعب بالماء مثلاً، ألعاب تثير الفضول تتحرك وحدها مثلاً . وإذا بدء طفلك في الحديث عن شيء وفر جمل وتعليقات حول الموضوع الذي يتحدث عنه لو يريد توصيل رسالة لك ولم يستطيع حاول قولها أنت وتوصيلها بالطريقة التي يريد هو أن يوصلها.

العلاج الأسرى : ***Family Therapy***

وجود طفل الأوتيزم في الأسرة يخلق العديد من المشكلات والآثار السلبية على الأسرة ومن أبرز هذه الآثار ما يلي :

- وجود مصاعب لدى هذه الأسرة تتمثل في عدم قدرتهم على التحمل وتدريب الطفل .
- الضغط النفسي والتوتر والقلق على مصيره .
- مشكلات زواجية بسبب تبادل الاتهامات بين الوالدين لتحديد من هو المسئول عن ذلك .

وينتج عن ذلك أن أفراد الأسرة لا يصبح لديهم عزيمة ويفعلون أخطاء (أذى) للطفل ولا يشجعون الطفل على فعل السلوك المناسب عن طريق عمل كل ما يريده الطفل وإعطاؤه عطف غير مطلوب (مفرط).

دور الأسرة في عملية العلاج :

يعد استخدام أفراد الأسرة كمعالجين أحد الاتجاهات التي ينادى بها المهنيون ويرجع ذلك إلى إمكانية استكمال الوالدين لدور المؤسسة نظرًا لقضاء الطفل وقت كبير في المنزل يحتاج خلاله لتعديل سلوكه غير السوي أو اكتسابه سلوكيات مرغوبة ، كما أن جهود المؤسسة لا تأتى بثمارها دون العمل من جانب الوالدين على تثبيت تلك السلوكيات والمهارات التي يحاول تلقينها للطفل بالمؤسسة يضاف إلى ذلك إمكانية تدريب عدد من الآباء في نفس الوقت بما يسمح بزيادة فرص المشاركة والتعاون مع المؤسسة للعمل من أجل الطفل التوحدي.

وعند مساندة أسرة طفل الأوتيزم يجب إتباع الآتي :

- أن يلاحظ المعالج درجة تكيف كل من الوالدين مع المشكلة وأن يقوم تكيف كل من الزوجين مع الآخر فالزواج المستقر والمبنى على الاحترام والثقة المتبادلة يمكن استيعاب طفل مريض في الأسرة .
- تقبل الوالدين للطفل بكل ما فيه من عيوب أو مميزات هو نقطة البداية للمساعدة الفعالة التي سوف يقدمها الوالدان لطفلها .
- المرونة : يجب أن يتحلى المعالج بالمرونة في تعامله مع أسرة الطفل الذاتوى حيث تختلف الأسرة من حيث مستواها الإجتماعى وتفهمها وتعبيرها عن مشاكلها كما يوجه الأهل في تعاملهم مع طفلهم إلى المرونة التي تكون على أساس تفهم قدرات الطفل الحالية وإمكانية تنفيذ برنامج معين .
- العلاج الجماعي للآباء : يتيح للأهل مشاركة مشاعرهم وانفعالاتهم وجوانب نجاحهم وفشلهم في التعامل مع الطفل مع الأسرة الأخرى فيستفيدون من الخبرات الناجحة ويجدون المساندة والتوجيه فيما يشعرون به من انفعالات سلبية طبيعية في بعض المواقف التي يعانون فيها مع الطفل الذاتوى ، كما يستفيدون من إيجابيات الخبرات الناجحة الأخرى فيزداد الأمل عندهم في أن التحسن ليس بعيد المنال ويحفزهم هذا إلى تطوير أسلوبهم مع طفلهم .

الشروط الواجبة للتخلص من السلوكيات المرفوضة والفعالة في تعليم المهارات الأساسية :

- ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته والتعرف على الظروف التي تؤدى إليه والنتائج التي ترتبت عليه وتتبعه .
- عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار فيجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيئ.
- عند تعلم سلوك أو مهارة جديدة فيجب تقسيم هذا العمل إلى خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب إتباعها بشكل واضح ومفهوم لديه ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع الطفل القيام بالمهمة بدون مساعدة .
- التعزيز والتشجيع بشتى الوسائل المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل فهذا يساعد دائما على زيادة حدوث هذه الأنواع من السلوكيات وتجاهل السلوك السيئ كلما أمكن فهذا يساعد على التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من ورائها جذب انتباه الآخرين .
- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيئ لتقليل فرص بدء حدوثه .
- لابد من الاستمرار والإصرار على نفس التعليمات كلما صدر السلوك السيئ من الطفل .

خصائص برامج تدريب أطفال الأوتيزم :

١- أن يكون التدريب الفردي جزء أساسي من البرنامج .
٢- أن يتبع نظاماً محدداً .
٣- أن يتسع لوجود أنشطة جماعية .
٤- أن تحدد أهدافه مسبقاً وتتضح فيه الأهداف الجزئية .
٥- أن يحتوى على أهداف صغيرة وبسيطة يمكن للطفل تحقيقها في وقت قصير .
٦- أن يحتوى على تعليمات واضحة وقاطعة .
٧- أن تعمم الخبرات التعليمية .
٨- أن يشترك الآباء في وضع البرنامج وتطبيقه .
٩- أن تستخدم معلومات وظيفية تصلح للتطبيق في الحياة اليومية .

١٠- أن تبنى الأهداف على أساس التسلسل المنطقي .
١١- أن تناسب الأهداف مراحل نمو الطفل
معايير يجب مراعاتها عند التدريس :
١- أن تجلس في مواجهة الطفل أثناء التدريس .
٢- أن تستخدم وسائل متنوعة .
٣- أن تستثير في الطفل أكثر من قناة حسية .
٤- أن يتم التدريس في مكان هادئ وخال من المثيرات البصرية والسمعية
٥- أن يتم إعداد الأدوات مسبقا .
٦- أن تستخدم مدعمات مختلفة .
٧- أن تجذب انتباه الطفل .
٨- أن تستخدم أسلوب الحث والتشجيع .
٩- أن تراعى عدم قطع عملية التدريس .
١٠- أن تهتم أثناء التدريس بردود أفعال طفلك والعلامات التي تظهر على وجهه.

وفي النهاية يجب أن تضع نصب عينيك دائما الرغبة الحقيقية في إضافة شيء ذي قيمة إلى طفلك يفيده في حياته.

اعتبارات تعديل السلوك مع طفل الأوتيزم:

أولا : الهدف الأساسي للتعديل السلوكي مع الطفل التوحدي ليس فقط تعديل سلوك معين ، أو إلغاء سلوك غير مرغوب ، ولكن التأكد من استمرارية التغيير من خلال المساعدة في الضبط الذاتي ***Self Control*** أو التنظيم الذاتي ***Self Regulation*** .

ثانيا : تحديد الاعتبارات الأولية في التعديل السلوكي من خلال التعرف على اختلاف أداء الطفل التوحدى عن الآخرين في مثل عمره ، ومدى الاتفاق بين أفراد الأسرة أو المحيطين على السلوك المشكل .

ثالثا : التعرف على المحاولات السابقة للعلاج مع الاستعانة بالتقارير الطبية والفحوصات التشخيصية للحالة .

رابعا : التساؤل عن احتمالات نجاح برنامج التعديل السلوكي ، وتوافر الإمكانيات وضمان مساعدة الأشخاص ذوى العلاقة ومساهمتهم في نجاح البرنامج .

خامسا: ترتيب المشكلات السلوكية حسب الأولوية ويؤخذ في الاعتبار:

- المشكلة التي يرغب المحيطون بالطفل التوحدى البدء منها .
- المشكلة الواضحة المعالم والقابلة للقياس المباشر .
- مشكلة سيكون لها أضرار إن لم يتم التدخل لعلاجها .
- المشكلة القابلة للعلاج السريع .
- المشكلة التي تساهم في تكيف الطفل اجتماعيا وأكاديميا .

سادسا:اختيار الأساليب العلاجية المناسبة للحالة ويمكن الاسترشاد بالآتي :

أ- التدعيمات الإيجابية والسلبية .

ب- الإطفاء .

ج - العقاب .

د – التلقين .

ه- تشكيل السلوك .

أمثلة من برامج التدخل العلاجي والتأهيلى :

١ - برنامج ***The NAS Early Bird*** :

هو من برامج التدخل المباشر وتشير جان شتلدس *Jane Schields* إلى أن برنامج *Early Bird* من أوائل البرامج التي قدمها المجتمع الدولي للاجترار *National Autistic* وذلك ليؤكد على قيمة التدخل المبكر للاجترار .

مدة البرنامج ثلاثة أشهر ، في الجلسة الأولى يوضح مفهوم الاجترار وكيفية التعامل معه والجلسات التالية تركز على طرق تعديل عمليات التفاعل وعمليات التواصل وبعدها يبدأ في طرح المشاكل السلوكية .

والطرق المستخدمة في البرنامج متعددة منها مشاهدة الفيديو كليب ، أيضا يطلب من الآباء والأمهات تطبيق التكنيكات التي تم تعلمها في الجلسات مع أطفالهم في المنزل وتسجيل ما تم عمله على شرائط فيديو ثم يتم تحليلها وعمل تغذية راجعة للآباء ، والتغذية الراجعة تحدث مرتين مرة أثناء الزيارة المنزلية والأخرى أثناء الجلسة الجماعية وهذا التقويم يساعد الآباء والأمهات على تحديد أخطائهم وتصحيحها في المستقبل .

ومن هنا يهدف البرنامج إلى :

أ – توجيه الآباء لكيفية تطوير طفلهم الإجتراري وذلك حسب إمكانياته.
ب – دعم الآباء ومساعدتهم لمعرفة الطرق المناسبة لمساعدة طفلهم على التواصل والتفاعل الاجتماعي .
ج – تدريب الأسرة للعمل مع طفلهم الإجتراري داخل المنزل في سن مبكرة وذلك لمنع تطور السلوكيات غير المناسبة .

٢- برنامج لوفاز : *Young Autistic Programe (YAP) 1987*

هو برنامج قائم على نظرية التحليل السلوكي والاستجابة الشرطية وهو برنامج تعليمي للتعديل السلوكي للطفل التوحدى وهو من إعداد الخبير التربوي النفسي *Lovaas* بجامعة لوس إنجيلوس ، عمل لوفاز مع أطفال نزلاء غير قادرين على الكلام ، كان قد تم تشخيص حالتهم بمرض الذاتوية ، ركز اهتمامه على الاتصال اللغوي باستعمال سياسات التحليل السلوكي التطبيقي ، والهدف النهائي هو الوصول إلى أداء طبيعي للطفل بقدر الإمكان وإذا لم يكن ذلك فتحسين مقدرته والارتقاء بها إلى أعلى مستوى يمكن الوصول إليه ويتحكم في درجة التقدم ما يلي :

أ- المقدرة الداخلية للفرد .
ب- طول فترة العلاج .
جـ- كثافة العلاج .

يوصى لوفاز أن يبدأ العلاج مبكرًا بقدر الإمكان ويفضل قبل أن يصل الطفل إلى سن خمس سنوات ويكون مثاليا بدأ العلاج قبل سن الثلاث سنوات ونصف وهذا ضروري من أجل تعلم الطفل المهارات الاجتماعية والتعليمية ومهارات الحياة اليومية الأساسية ويمكن أيضا أن يقلل من السلوك النمطي المعيب قبل أن يثبت. برنامج العلاج في إطار المنزل يتكون من ٤٠ ساعة في الأسبوع من العلاج المكثف والعلاج يتم على أساس ٦- ٨ ساعات في اليوم ، ٥- ٧ أيام في الأسبوع لمدة عامين أو أكثر ، ويستمر التعليم عادة من ساعتين إلى ثلاث ساعات تتخللها فترات راحة .

المشاركة العائلية تمثل عنصرا مهما جداً من عناصر العلاج فقد وجد الباحثون في هذا الوقت أن المهارات التي تم تعلمها في العيادات والفصول الخاصة لا تنتقل إلى إطار المنزل إلاَّ إذا كان هناك تدخل من الآباء في برنامج علاج الأطفال كل المهارات يتم تقسيمها إلى مهام صغيرة ، تكون في حدود الإمكان ويتم تعليمها بطريقة منظمة وبمصاحبة المديح والتدعيم .

يتطـور البرنـامج بالتـدريج بـدءاً مـن تعلـيم خطـوات مسـاعدة الـنفس الأساسية والمهارات اللغويـة إلـى تعلـيم مهـارات التقليـد اللغويـة وغيـر اللغويـة والتمهيد للبدء في اللعب بالألعاب.

ويؤمن لوفاز وزملاؤه أن التدخل المبكر يمكن عدد لا يستهان بـه مـن الأطفـال المصـابين باضـطرابات متعلقـة بالتوحـد أن يصـلوا إلـى أداء تعليمـي وعقلي طبيعي عند سن السابعة وحتى بالنسبة لهؤلاء الأطفال الذين لا يصلون إلى مستوى الأداء الطبيعي ، فإنه يتصور أنه يكون هناك انخفاض ملحوظ في السلوك غير المقبول مع اكتساب للأساسيات اللغوية.

٣- منهج التحليل التطبيقي السلوكي. ***Applied behaviour analysis***

يعد هذا المنهج طريقـة مـن طـرق التـدريس التـي تسـتخدم فيهـا عـدة محاولات لتشكيل أو تكوين نمط مرغوب من السلوك أو استجابة مرغوب فيها ويتم ذلك عن طريـق تحليـل المهـارات المطلـوب تعلمهـا وتقويمهـا أو تجزئتهـا إلـى عناصـرها البسـيطة ويـتم تعلمهـا للطفـل جـزءًا جـزءا مـن خـلال تقـديم التعزيزات أو الطاقات للطفل فكلما أجاد الطفل السلوك يعطى له التشجيع كلما احتاج إليه الطفل خاصة إذا رفض الطفل تعلم مهارة معينة ، ويستمر التشجيع حتـى يـتقن الطفـل المهـارة المطلوبـة مسـتقلا عـن غيـره ويـتم تعلـم المهـارة بالتدريج ثم يتم التوسع فيها بعد ذلك.

٤- برنامج تدريبي معرفي سلوكي :

يهـدف البرنـامج لتنميـة الانفعـالات والعواطـف لـدى الطفـل المصـاب بالأوتيزم ولعلاج المشاعر السلبية للوالدين تجاهه وتقليل درجة عزلته وتحقيق خبرات عاطفية خاصة به وعلاج مشاكله السلوكية.

كمـا يهـدف البرنـامج أيضـا إلـى الكشـف عـن القـدرات الذاتيـة للطفـل وتوجيهها الوجهة الإيجابية بدلاً من الحركـات الروتينيـة وثـورات الغضـب أو العزلـة والسـكون وإكسـابه بعـض المهـارات الاجتماعيـة والحركيـة ، فالطفـل المريض يعاني من الانفصال الشديد عن الواقـع والإخفـاق فـي تطـوير وتنميـة علاقات انفعاليـة وعاطفيـة مـع الآخـرين ، ومـن النمطيـة والتقولـب والإصـرار علـى طقـوس معينـة ، مـع ردود فعـل عنيفـة تجـاه أي تغييـر فـي الـروتين ، وحركات آلية بلا هدف مثل الرأس أو تحريك اليدين أو الأصـابع ، مصـحوبا فـي الغالـب باضـطرابات حـادة فـي السـلوك ، تسـبب العديـد مـن المشـكلات للقائمين على رعايته ، ويهتم كذلك بالتدخل المبكر في بداية الإصـابة بمحاولـة فك الحصار الذي يفرضه الاضطراب حول الطفل وبعزلـه عن المحيطين بـه

وعن كل مصادر التعليم والارتقاء ، في حين يتعامل ويرتبط بالأشياء ولديه "حملقة" ولا ينظر إلى الآخرين ، وهذه الحملقة وذاك الحاجز بحاجة إلى تخطيها للوصول إلى داخل الطفل والأخذ بيده إلى عالمنا فيشارك ويتعلم ويتفاعل وينمو نمواً سريعاً.

إن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد في تناوله السلوك المضطرب للطفل التوحدي على نظرية التعلم ،فالإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وبالآخرين ويتعلم السلوك السوي كما يتعلم السلوك الشاذ ، ورغم أن الوراثة تتدخل في السلوك البشري ، فإن هذا لا يعني استحالة تعديله ، ويتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه دمج بين العلاج المعرفي والإستراتيجيات السلوكية ، حيث يعتمد على تغيير المعارف غير المرغوب فيها ، والتي تكون قد أدت إلى المشكلة والاضطراب مستخدما مبادئ تعديل السلوك واقتراح مبادئ وطرق تفكير جديدة.

ومن المشكلات الأكثر شيوعا لدى أطفال الأوتيزم التي يهتم بها البرنامج :

قصور التفاعل الاجتماعي ، وعزلة الطفل ، وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين ، وفقدان اللغة ، وعدم وجود اتصال باستخدام العين ، ولا يتلقى التعليمات ، ويصدر أصوات مزعجة ، وهو كثير البكاء والصراخ ، يؤذي نفسه أو يؤذي أخوته ، ولا يدافع عن نفسه إذا اعتدى عليه أحد ، ويعاني نقصاً في مهارات رعاية الذات ، ومن الارتباط المبالغ فيه بشيء معين : كورق الصحف والمراوح والغسالات أو الزجاجات الفارغة وغير ذلك من الأشياء ، ونومه متقطع أثناء الليل مع الصراخ والبكاء ، وهو يشم الأشياء بصورة مبالغ فيها ، ويرفض أن يلمسه أحد ، ويلجأ للجلوس أو الوقوف في أركان الغرفة ويتعلق بشدة بالأشياء التي تصدر أصواتا تكرارية أو حركات اهتزازية. والنسبة للوالدين فقد تحددت المشكلات الأكثر شيوعاً على النحو التالي " .

- نقص المعلومات عن هذا الاضطراب .
- فقدان الأمل في الشفاء والعجز عن فهم احتياجات الطفل بسبب بكائه وصراخه.
- الخجل من تصرفات الطفل أمام الآخرين.
- العزلة التي يفرضها الطفل على الأسرة .

- القلق على مستقبله والرغبة الملحة في سماعه ينطق كلمات مثل " بابا وماما " .
- عدم تبادل الطفل التوحدي العواطف والانفعالات مع الأم وإحساسه بعدم الثقة في النفس ونقص الكفاءة .

ويتضمن برنامج العلاج المعرفي السلوكي شقين :

- الأول خاص بوالدي الطفل وأخوته والمتعاملين معه في المنزل ، ويهدف إلى تعديل الأفكار والمعارف المتعلقة بالاضطراب والطفل المصاب ، وأساليب التعامل معه وكيفية مشاركته عالمه والتعرض للمهارات وللمشكلات الخاصة به وكيفية مواجهة الاضطراب في السلوك وتدريب مثل هؤلاء الأطفال على مهارات رعاية الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي وتدريب الوالدين على أساليب التعامل مع الطفل .
- أما الشق الثاني من البرنامج فهو خاص بالطفل التوحدي ، فنظراً إلى أن كل طفل من الأطفال المصابين هو حالة فردية خاصة سواء في مظاهر الاضطراب السلوكي أو درجة الانعزال والاضطراب في التفاعل الاجتماعي ومشكلات اللغة والتواصل ، فإن البرنامج تم تصميمه بشكل فردي ليتناسب مع قدرات كل طفل ومع درجة التوحد وطبيعة المشكلات المصاحبة ، مع التركيز على مهارات رعاية الذات (تنظيف نفسه مثلا وتنمية الانفعالات والعواطف لدى الطفل والوالدين).

مازالت التساؤلات قائمة عن مدى تأثير العوامل البيئية والبيولوجية وخلل الجينات وكيمياء المخ ومشاكل الحمل والولادة ، هذا التعدد في احتمالات أسباب الإصابة أدى إلى تعداد طرق وسائل علاج الأعراض : علاج دوائي ، نفسي ، سلوكي معرفي ، تعليمي ، بالموسيقى ، باللعب ، الدمج الكلي أو الجزئي ، النظام الغذائي والتدريبات الرياضية . كما أن تفاوت الأعراض من طفل إلى آخر من حيث الكم والكيف والدرجة يجعل وضع برنامج محدد للعلاج أمرًا بالغ الصعوبة ، وكما أصبح التدخل المبكر ركيزة أساسية للبرامج بطريقة إيجابية أمرًا مهما من خلال الحياة اليومية للأسرة وبهدف الارتقاء بنمو الطفل وتخيف ضغوط الوالدين وتسهيل مهمتهما في

التعامل مع الطفل وفهم احتياجاته وتحقيق تفاعلات إيجابية تحقق الإشباع له ولوالديه .

ملاحظات ختامية في تعليم أطفال الاوتيزم للوالدين والمعلمين والأخصائيين :

١. يتم تعليم أطفال الأوتيزم بنفس القواعد التي يتعلم بها كل الأطفال وهي:

٢. يفشل الأطفال والكبار في تعلم السلوك الذي تكون نتائجه غير ممتعة وإلى تجنب السلوك الذي له نتائج غير سارة.

٣. يتم تعلم المهارات الجديدة بسهولة أكثر إذا تم تقسيمها إلى خطوات بسيطة وصغيرة والاوتيزم معرض بشكل خاص إلى الشعور بالانزعاج من الفشل .... لذلك يمكن تجنب هذه المشكلة عن طريق التأكد من إنه في إمكان طفل الأوتيزم أن ينجح في كل مرحلة من المراحل الصغيرة.

٤. يمكن تشجيع الطفل على تجربة المهارات الجديدة عن طريق تلقيه بشكل واضح في بادئ الأمر ، ثم يأخذ هذا التلقين في الانسحاب تدريجيا.

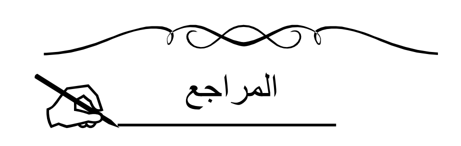
٥. من المعتاد أن نربط التعلم الجديد بالمهارات التي أصبحت مألوفة لديه وتبعث فيه السعادة . وهذه القاعدة تطبق بصفة خاصة في حالة أطفال الأوتيزم الذين يصعب أثارة اهتمامهم .

٦. أطفال الأوتيزم يمرون بمراحل لا يحققون فيها أي تقدم يذكر أو لا يحققون أي تقدم على الإطلاق ، ثم فجأة يكتسبون مهارة جديدة أو يتقدمون خطوة للأمام فيما يتعلق بالنمو اللغوي والاجتماعي.

٧. أحيانا يقوم الطفل بأداء إحدى المهارات مرة واحدة ثم يرتد إلى سكوته السابق ، وقد تمر سنوات عديدة قبل أن يكرر المحاولة .

٨. أحيانا يبدو أنهم قد تعلموا شيئا جديدًا بدون تدريب سابق .

٩. من الواقعي أن يكون معدل تقدم الطفل بطيئا ويتبع جدولا زمنيا مختلفا عن جدول الطفل الطبيعي.



١. إبراهيم عبدالله(٢٠٠٥): اضطرابات الكلام واللغة. دار الفكر. عمان.
٢. أحمد المتوكل(١٩٨٧): اللسانيات الوظيفية. دار الكتاب الجديد، بيروت.
٣. أحمد عبدالله(٢٠٠٠): إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد. ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل.
٤. أحمد نصر الدين(٢٠٠٠): واقع ومتطلبات إعداد المعلمين للاعاقات النمائية في الجانب الحركي والقوامي . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل.
٥. أرينيه جوهانسون (١٩٩٨): النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ترجمة أحمد قاسم، ، مركز الإسكندرية للكتاب.
٦. أكاديمية التربية الخاصة (ب ت): التوحد :(ماهيته / أسبابه / أساليب التعامل معه / وحدة البحوث والتطوير) الرياض. ب د. ب ت.
٧. إلس أوكسار (١٩٧٥): إكتساب اللغة ترجمة :خالد جمعة : مجلة التربية تصدر عن اللجنة الوطنية للتربية و الثقافة والعلوم . الدوحة .العدد ٩٧.
٨. أنسي قاسم (٢٠٠٠): مقدمة في سيكولوجية اللغة، مركز الإسكندرية للكتاب.
٩. أيمن البلشة (٢٠٠١): أهمية استخدام قوائم الشطب في التعرف والتدخل لحالات التوحد. ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي . الدمام . ٢٣-٢٥ ابريل.
١٠. إيناس عبد الفتاح (٢٠٠٢): التلعثم في الكلام إستراتيجيات التشخيص والعلاج النفسي الكلامي ، مكتبة المهندس. القاهرة.

11. بشير الرشيدي وطلعت منصور وإبراهيم الخليفي وفهد الناصر وبدر بورسلي ومحمد النابلسي وحمود القشعان (٢٠٠٠– أ): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية– مجلد ١ . مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت.
12. بشير الرشيدي وطلعت منصور وإبراهيم الخليفي وفهد الناصر وبدر بورسلي ومحمد النابلسي وحمود القشعان (٢٠٠٠– ب): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية - الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة -. المجلد الثاني، ط ١، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت.
13. جمعة يوسف (١٩٩٠): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة. العدد ١٤٥. المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب . الكويت.
14. جميل حمداوي (١٩٩٧): السيميوطيقا والعنونة. مجلة عالم الفكر، المجلد ٢٥، العدد٣، يناير/مارس.
15. حافظ العلوي (٢٠٠٩): اللسانيات في الثقافة العربية المعاصرة. دار الكتاب الجديد، بيروت.
16. حامد زهران (١٩٨٠): علم نفس النمو. الطبعة الرابعة . عالم الكتب. القاهرة.
17. حمدي الفرماوي (٢٠٠٦): نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
18. خيري عجاج (١٩٩٩): أثر برنامج للتهيئة اللغوية على بعض الاداءات اللغوية والمعرفية لذوي الاحتياجات الخاصة "القلبلين للتعلم" .مجلة البحوث النفسية والتربوية ، المجلد الرابع ، العدد الثاني. كلية التربية . جامعة المنوفية .
19. داود عبده (١٩٨٤): دراسات في علم اللغة النفسي. مطبوعات جامعة الكويت، الكويت .
20. ديدييه يورو (٢٠٠٠): اضطرابات اللغة. ترجمة أنسى القاسم، عبورات للنشر والتوزيع، بيروت.
21. رابية حكيم (٢٠٠٣): دليلك للتعامل مع التوحد. ب د.

٢٢. راضي الوقفي (١٩٨٩): مقدمة في علم النفس. دار البشير. عمان.
٢٣. ريم معوض (٢٠٠٤): الولد المختلف (تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة)، دار العلم للملايين . بيروت.
٢٤. زينب محمود شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. مكتبة النهضة المصرية . القاهرة.
٢٥. زينب محمود شقير (٢٠٠١): اضطرابات اللغة والتواصل. مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.
٢٦. سايمون كوهين وباتريك بولتون (٢٠٠١): حقائق عن التوحد. ترجمة عبدالله الحمدان، أكاديمية التربية الخاصة. الرياض.
٢٧. سحر الخشرمي (٢٠٠١): تقييم البرامج التربوية الفردية . ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي . الدمام . ٢٣-٢٥ ابريل .
٢٨. سميرة السعد (٢٠٠٠): قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل .
٢٩. سهير أمين (٢٠٠٠): اللجلجة أسبابها وعلاجها، دار الفكر العربي، القاهرة.
٣٠. شهاب عبد العظيم (٢٠٠٣): برنامج تدريبى لأسر ذوى الأحتياجات الخاصة عن نشأة اللغة عند الطفل ، المؤتمر الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة ، الدوحة.
٣١. شيفر وميلمان (١٩٩٦): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها . ترجمة نسيبة داوود ونزيه حمدي – منشورات الجامعة الأردنية.
٣٢. طارش الشمري (٢٠٠٠): الأطفال التوحديون : أساليب التدخل ومقومات نجاح البرنامج . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل .

٣٣. طارش الشمري (٢٠٠١): تشخيص وقياس الأطفال التوحديين. ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحيآجات الخاصة. جامعة الخليج العربي . الدمام . ٢٣-٢٥ ابريل .

٣٤. عادل الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٥. عبد الرحيم صالح (١٩٩٢): تطور اللغة عند الطفل وتطبيقاتها التربوية . دار النفائس . عمان .

٣٦. عبد الكريم الخلايلة وعفاف اللبابيدي (١٩٩٠): تطور لغة الطفل ،دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.

٣٧. عبد الله الطويرقي (١٩٩٤): فنومنولوجيا الاتصال الوجاهي: دراسة في فلسفة الاتصال. حوليات كلية الآداب، الحولية ١٤، الرسالة ٩٥، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

٣٨. عبدالمجيد منصور (١٩٨٢): علم اللغة النفسي، مطابع جامعة الملك سعود. الرياض.

٣٩. عثمان فراج (١٩٩٦): إعاقة التوحد أو الاجترار. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، تصدر عن اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين – القاهرة - ، النشرة الدورية، العدد ٤٥ مارس.

٤٠. عثمان فراج (٢٠٠٠): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة .المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة.

٤١. عثمان فراج (٢٠٠١): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (١) . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، تصدر عن اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين – القاهرة ، النشرة الدورية . العدد ٦٨ ديسمبر.

٤٢. عثمان فراج (٢٠٠٢): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٢) . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، تصدر عن اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين – القاهرة ، النشرة الدورية العدد٦٩مارس.

٤٣. عصام عيد (٢٠١٣): الصفحة المعرفية للأطفال المتأخرين لغوياً وغير المتأخرين لغوياً باستخدام مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء . رسالة ماجستير . معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

٤٤. علاء الدين كفافي (٢٠٠٢): صعوبات النطق والكلام ،مجلة خطوة، العدد ١٧ منشورات المجلس العربي للطفولة والتنمية ،القاهرة.

٤٥. على ابراهيم (١٩٧٧): اكتساب اللغة عند الاطفال . مجلة التربية . العدد١٠٦ . اللجنة الوطنية للتربية والثقافة والعلوم . الدوحة .

٤٦. عمر بن الخطاب خليل (٢٠٠١): الأساليب الفعالة في علاج التوحد . مركز معوقات الطفولة . جامعة الأزهر . العدد ٩. مايو .

٤٧. عمر بن الخطاب خليل (٢٠٠٢): التشخيص المزدوج : قضية خطيرة . مجلة مركز معوقات الطفولة . جامعة الأزهر . العدد ١٠ . يناير .

٤٨. عواطف محمد (١٩٩٧): الطريقة الكلية الصوتية الحركية في تعليم الطفل القراءة والكتابة . مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

٤٩. فاروق الروسان (٢٠٠٠): مقدمة في الاضطرابات اللغوية . دار الزهراء للنشر والتوزيع. الرياض.

٥٠. فاروق صادق (٢٠٠٠): التوازن بين المدخل الطبي والمدخل التربوي في رعاية أطفال متلازمة داون . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل .

٥١. فتحي عبد الرحيم (١٩٨٢): سيكولوجية غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. دار القلم. الكويت.

٥٢. فهد المغلوث (٢٠٠٠): الخدمات المقدمة للطفل التوحدي بالسعودية . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل .

٥٣. فوزية الجمالي (٢٠٠١): الاتجاهات النظرية والتطبيقات العملية المعاصرة في تشخيص وتقييم ذوي الاحتياجات الخاصة . ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي . الدمام . ٢٣-٢٥ ابريل .

٥٤. فيجوتسكي (١٩٧٦): التفكير واللغة. ترجمة طلعت منصور . مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
٥٥. فيصل الزراد (١٩٩٠): اللغة واضطرابات النطق والكلام . دار المريخ، الرياض .
٥٦. لطيفة ماجد (٢٠٠٦): التلعثم أسبابه وعلاجه. مجلة التربية تصدر عن اللجنة الوطنية للتربية و الثقافة والعلوم . الدوحة .العدد ١٥٨.
٥٧. لطيفة ماجد (٢٠٠٧): الأوتيزم. مجلة التربية تصدر عن اللجنة الوطنية للتربية و الثقافة والعلوم. الدوحة. العدد ١٥٩.
٥٨. لطيفة ماجد (٢٠٠٩): اضطراب البحة الصوتية. مجلة التربية تصدر عن اللجنة الوطنية للتربية و الثقافة والعلوم . الدوحة . العدد ١٦٨.
٥٩. ليلى كرم الدين (١٩٨٧): الحصيلة اللغوية المنطوقة لطفل ما قبل المدرسة، دراسة استطلاعية، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، سلسلة بحوث ودراسات عن الطفل المصري، العدد الأول.
٦٠. ليلى كرم الدين (١٩٩٠- أ): اللغة عند الطفل : تطويرها ومشكلاتها، دار النهضة المصرية. القاهرة.
٦١. ليلى كرم الدين (١٩٩٠ - ب): قوائم الكلمات الأكثر انتشاراً في أحاديث الأطفال، مركز توثيق وبحوث أدب الأطفال، الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٦٢. ليلى كرم الدين (١٩٩٤): المهارات اللغوية للأطفال سن ما قبل المدرسة والأنشطة التي تساعد على تنميتها، مركز التدريب متعدد الوظائف لتنمية الطفولة المبكرة، المجلس القومي للطفولة والأمومة. القاهرة.
٦٣. ليلى كرم الدين (١٩٩٥): برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم بمدارس التربية الخاصة. وزارة التربية والتعليم، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر، البرامج. القاهرة.
٦٤. ماجده عبيد (٢٠٠٢): مدخل التربية الخاصة. دار الصفا، عمان.

٦٥. مجمع اللغة العربية (١٩٨٥): المعجم الوسيط . الهيئة المصرية العامة للكتاب .القاهرة.
٦٦. محمد عبد الفتاح (٢٠٠٨): فعالية برنامج تدريبى لتنمية المهارات الاجتماعية للاطفال المصابين بالذاتوية. رسالة ماجستير. قسم علم النفس . كلية الآداب. جامعة بنها .
٦٧. محمد النحاس (٢٠٠٦): سيكولوجية التخاطب لذوي الإحتياجات الخاصة . مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
٦٨. محمد خليل (ب ت): مدى فاعلية برنامج للتخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية والاستقبالية لأطفال متلازمة داون. المكتبة الإليكترونية (موقع أطفال الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة على الانترنت).
٦٩. محمد هويدي (٢٠٠٠): اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة . ندوة الاعاقات النمائية وقضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. جامعة الخليج العربي . المنامة . ٢٤-٢٦ ابريل .
٧٠. محمد هويدي (٢٠٠١): تطبيقات نظرية العقل في تفسير التوحد . ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي . الدمام . ٢٣-٢٥ ابريل .
٧١. محمد منير سليمان (٢٠١٤): مدى فاعلية برنامج لتنمية الذاكرة العاملة لدى عينة من الأطفال المتأخرين لغوياً. رسالة ماجستير . معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس.
٧٢. محمد ناصر قطبي (١٩٩٤): التأهيل الإدماجي للمعوق تخاطبياً.. بحوث ودراسات مؤتمرات الإتحاد من عام ١٩٧٣ إلى ١٩٨٨. إصدار بمناسبة اليوبيل الفضي للإتحاد. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . القاهرة .
٧٣. محمود السيد (١٩٨٨): اللغة تدرباً واكتساباً، دار الفيصل الثقافية، الرياض.
٧٤. مصطفى فهمي (١٩٧٥): أمراض الكلام. مكتبة مصر. القاهرة.
٧٥. نادية أبو السعود (١٩٩٨): الاطضراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

٧٦. نوال شحاته (١٩٩٨): نماذج لبعض وسائل وبرامج التدخل لتنمية وتدريب أطفال الأوتيزم: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين - القاهرة - النشرة الدورية، العدد ٥٥ ، السنة الـ ١٥.

٧٧. نوال عطية (١٩٧٥): علم النفس اللغوي. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.

٧٨. هدى عبدالعزيز (١٩٩٩): الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم. رسالة ماجستير. قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة عين شمس.

٧٩. هشام الخولي (٢٠١٠): الصحة النفسية ومشكلات من الحياة. ب د.

٨٠. وفاء عمار وروحية محمد (ب ت): التشخيص الفونولوجي لكلام الأطفال المعاقين ذهنياً ذوي الخلل الفونولوجي . المكتبة الإليكترونية (موقع أطفال الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة على الانترنت).

81. *Abdel Moneim,A. (1989): Speech Disorders in Children Approach to Stammering, M. Sc. Degree in Childhood Medical Department, Institute of post Graduate Childhood Studies Medical Department. Ain Shams University.*
82. *Abdel Salam, A. (1993): Recent Trends in stuttering Therapy, M D thesis in phonetics. Faculty of medicine. Ain Shams University.*
83. *Adams, M. (1992): Childhood stuttering under positive conditions, American Journal of speech Language pathology: journal of clinical practice, 1, P.5-6.*
84. *Adams,M.R.(1983) : Learning from negative outcomes in stuttering therapy :I getting off on the wrong foot. Journal of Fluency Disorders. Vol 8(2) Jun,147-153.*
85. *American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic And Statistical Manual Of Mental disorders. American Psychiatric Press Washington Dc .*
86. *Anderson, T., K. & Felsenfeld, S. (2003): A Thematic analysis of Late Recovery from Stuttering. American Journal of Speech- Language pathology, Vol. 12, No. 2, P. 234.*
87. *Anderson,D. (2002) : Sentence structure priming in young children who do and do not stutter,Vol, 63-06B of Dissertation Abstracts International,p:3267,No:AAI3058684.*

88. *Collin-Constance-R,Blood-Gordon (1990) Acknowledgment and severity of stuttering as factors influencing nonstutterers perceptions of stutterers. Journal of speech and hearing disorders,vol. 55(1) feb,75-81.*
89. *Cooper & Cooper (1995): Treating Fluency disorder. J. communication disorder ,28:125-42.*
90. *Crian, S (2001) . The Acquisition of language, Oxford , MIT press .*
91. *Deena K. Bernstein & Ellenmorris Tiegerman.(1985): Language & Communication Disorders in children. Charles E. Merrill Publishing Co. Ohio.*
92. *Deena K.Bernstein & Ellenmorris Tiegerman.(1985): Language &Communication Disorders in children. Charles E .Merrill Publishing Co.Ohio.*
93. *Devore-Jon-E,Nandur-Mallika-S,Manning-Wallter-H:(1984):Projective drawings and children who stutter.Journal of Fluency Disorders ,Vol 9 (3),Sep,217-226.*
94. *Enneth G &Julie G (1992): Assessment of Speech & Language Pathology. Singular Publishing Group.*
95. *George & Merien Kaluger.(1979) : Human development, The C.V. Mosby Company .London.*
96. *Green-Tom:(1999) : The relationship of self – conception to perceived stuttering severity in children and adults who stutter .Journal of Fluency Disorders .Vol. 24,(4) Win,281-292.*

97. *Homzie ,M.J,Lindsay,Jean-S (1984) : Language and the young stutterer:Anew look at old theories and findings . Brain and Language .Vol 22(2) Jul,232-25.*
98. *Jennifer, A. (2001): Concomitant Disorders in school-age children who stutter. Journal of language, speech and Hearing Vol. 32, no2, PP. 68 – 72.*
99. *John. R. (1992):Cognitive processes among children and adults culture and cognition PP. 311-334, London: Methuen.*
100. *Jones, M., Alfred, G. (2002): Statistical power in stuttering Research: A tutorial journal of speech, language, and Hearing Research, Vol. 45, PP .24-255.*
101. *Jones,Mark.Gebski,-Val, Onslow,Mark,Packman-Ann(2002): Statistical power in stuttering research authorial .Journal of speech language and hearing Research.Vol 45(2) Apr,243.*
102. *Kasparova,-V.I, Mironova -S-A:(1983) : Use of decorative drawing classes for stuttering correction in preschoolers,Defektologiya,No.3 1983,58.*
103. *Kotbi –Naser & et el,(1992) : Acomparision between stutterers in intelligence,self –concept ,anxiety,and depression.Derasat-Nafseyah.Vol 2(2) Apr,337-349*

104.Lacarino-J-Eve (1991) :Acomparison of self-esteem and nonverbal communication skills in stutterers and nonstutterers ,vol 52-10B (communication of dissertation abstracts international .P 5579,No:AAI920580 UDITH.

104. *Lawrence D. Shriberg & Raymond D. Kent (1982): Clinical Phonetics. John Wiley & Sons, New York, U.S.A.*
105. *Lev-Wiesel,Rachel.Shabat-Ayala.Tsur Ayala:(2005): Stuttering as reflected in adults self-figure drawings,Journal of developmental-and physical disabilities.vol 17(1) Mar 2005 ,85-93.*
106. *Lingworth RS(1987).The normal Child. NewYork.churchill livingstone.*
107. *Lucille Nicolas, M.A. & et al. (1983): Terminology of Communication Disorders :speech, language, hearing.*
108. *National stuttering Association (2002). information about stuttering Internet .http/www. hasstuttering. org/stutinfo -html.*
109. *Ota,Maki,Nagasawa-Taik:(2004) : Developmental Features of the self-esteem of children who stutter:comparison with the self –esteem of children who not stutter .Japanese-Journal of special – education Vol 42(4) Nov,259-270.*
110. *Owens R (2005). Language Development : An introduction, Sixth Edition, Colombia , Pearson-Education Inc.*

111. *Samuel Backman ; (2004) : (stuttering).Department of Pediatric ,Clincinnatic Chidren Hospital Medical Center.*
112. *Shevell M , Ashwals & Donly (2003) . practice parameter evaluation of the child with global developmental delay , New York willy - liss , INC.*
113. *Silverman- Franklin-H:(1990) : Are professors likely to report having "beliefs "about the intelligence and competence of students who stutter? .Journal of fluency disorders .vol 15 (5-6)Oct –Dec,319-321.*
114. *Sltuklaroglu-Tim ,Kalinowski-Joseph:(2005) : How Effective is therapy for childhood stuttering? .International Journal of Language and communication disorders ,Vol 40 n3 P359.*
115. *Sparrow S & Davis SM (2000) . Recent advances in the assessment of intelligence cognition. Journal child psycho psychiatry ; 41 (1) : 117-31 .*
116. *Story Robn Seider:(1990) : Apre and post therapy comparison of Respiratory Laryngeal and supralaryngeal Kinematics of stutterers fluent speech .Vol 51-08B of Dissertation Abstracts International .P3806.*
117. *The Australian Stuttering Research Center.Information from Internet.http://www.betterhealth.vic.gov.au/BHCV2/bhcarticles.nsf.*
118. *Van Riper & Lon Emerick (1984): Speech Correction. Englewood Cliffs, New Jersey. U.S.A.*

119. *Van Riper (1974) : Speech Treatment-. Englewood cliffs,N.J-prentice-Hall-U.S.A.*

120. *Vekassy-Laszlo (1981) : Psychological and nervous system examination with stutterers ,Magyar-Pszichologiai-szemle.Vol 38(5),481-494.*

121. *William H. Perkins (1978): Human perspectives in speech and language disorders, The C.V. Mosby Company.*

122. *Yovetich-Wm-S,Leschied-Alan-W,Flicht,Jason: (2000) : Self-Esteem of school-age children who stutter. Journal of Fluency Disorders .Vol 25(2) sum,143-153.*

المؤلف في سطور

الدكتور خالد محمد عبدالغني



من مواليد بلقس مركز قليوب محافظة القليوبية (٣١ يناير ١٩٧٠) ، حصل على ليسانس الآداب من قسم علم النفس ١٩٩٢. وخدم بالقوات المسلحة المصرية (١٩٩٢-١٩٩٣) . ودرس تمهيدي الماجستير بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس (١٩٩٤- ١٩٩٥) . ودبلوم علم النفس الإكلينيكي بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس (١٩٩٥- ١٩٩٦).

وحصل على درجة الماجستير (١٩٩٨)، والدكتوراه (٢٠٠٣). نشر – حتى الآن - أكثر من عشرين كتاباً، وأربعين بحثاً في المؤتمرات العلمية الدولية والإقليمية في علم النفس والتربية الخاصة والأدب منها "المؤتمر الدولى الثالث حول العنف والإرهاب "الجمعية المصرية للتحليل النفسي بالقاهرة، والمؤتمر الدولي "الأول" و"الثاني" للتربية الخاصة، جامعة قطر بالدوحة ، والمؤتمر الإقليمي "الأول" و"الثاني" لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين بالقاهرة، والمؤتمر الإقليمي التاسع لعلم النفس، جامعة طنطا"، ومؤتمر "خيري شلبي وتد الرواية المصرية" اتحاد الكتاب المصريين"، والمجلات العلمية المحكمة "دراسات نفسية" تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، و"علم النفس" و"إبداع" و"الرواية" من إصدار الهيئة المصرية العامة للكتاب، و"ضاد" اتحاد الكتاب المصريين. و"عمان" أمانة عمان الكبرى، و"التربية "المجلس الوطني للثقافة والفنون بالدوحة، و"تحديات ثقافية" دار تحديات ثقافية بالإسكندرية. و"عالمي" و"المنال" الشارقة بدولة الإمارات.

كما نشر العديد من المقالات الثقافية والسياسية وقصائد الشعر في بعض الصحف منها "القاهرة" تصدر عن وزارة الثقافة المصرية، و"الراية" و"الشرق" و"الوطن" بالدوحة، و"أخبار الأدب" و"المصري اليوم" و"اليوم السابع" والنشرة الدورية" رابطة الأخصائيين النفسيين بالقاهرة.

وأقام – أيضاً- العديد من ورش العمل والدورات التدريبية والندوات العامة في القياس النفسي للفئات الخاصة والإرشاد والتوجيه النفسي وقراءة الأدب والفن من منظور التحليل النفسي وعلم النفس بعامة داخل مصر وخارجها.

المؤلفات المنشورة

حسب تاريخ وجهة النشر



- التحليل النفسي والأدب. الهيئة الاستشارية للنشر والتوريع. القاهرة . ٢٠٠٦.
- احتياجات وضغوط أسر المعاقين . مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة . ٢٠٠٧.
- الذكاء والشخصية. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع . القاهرة . ٢٠٠٨.
- الدلالات النفسية لتطور رسوم الأطفال. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة. ٢٠٠٨.
- نجيب محفوظ وسردياته العجائبية. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة . ٢٠١١.
- نجيب محفوظ من الجمالية إلى نوبل (بالإشتراك مع آخرين). الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة. ٢٠١٢.
- من أعلام علم النفس المعاصرين. الهيئة الاستشارية للنشر والتوريع. القاهرة. ٢٠١٣.
- اضطراب الشخصية "دراسات في الرواية العربية". مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- اضطراب الهوية الجنسية . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- علم النفس ومشكلاتنا النفسية . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- سيكولوجية الألوان . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٥.
- سيكولوجية الأدب "التحليل النفسي للشخصية المحورية في نماذج روائية مصرية". الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة. ٢٠١٥.
- سقوط أقنعة العمامة . " دراسات نفسثقافية " . الهيئة العامة لقصور الثقافة . القاهرة. ٢٠١٥.
- رائد السيكودراما حسين عبدالقادر . الهيئة الاستشارية للنشر والتوريع. القاهرة. ٢٠١٦.

- ✓ نجيب محفوظ بين الأسطورة والتحليل النفسي. دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦.
- ✓ اضطرابات التواصل . دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦.
- ✓ القضايا الكبرى في التربية الخاصة . دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦.
- ✓ التحليل النفسي وقضايا العصر. دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦

